

**ERSTE STAATSPRÜFUNG  
FÜR DAS LEHRAMT AN SONDERSCHULEN**

01. August 2008

**AN DER  
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK**

**DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE LUDWIGSBURG  
IN VERBINDUNG MIT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN  
MIT SITZ IN REUTLINGEN**

**WISSENSCHAFTLICHE HAUSARBEIT**

**THEMA:**

Beschulungsproblematik bei Kindern mit Aphasie – aufgezeigt am  
Beispiel eines Jungen in der 4. Klasse an einer Sonderschule für  
Körperbehinderte

**THEMA VEREINBART MIT REFERENT Prof. Dipl. Psych. U. Schoor**

**KOREFERENT Akad. Oberrat W. Nachtmann**

Anja Willner

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2. Aphasie</b>	<b>7</b>
2.1 Zum Begriff der Aphasie	7
2.2 Abgrenzung der Aphasie von anderen Störungen	9
2.3 <i>Exkurs: Hirnorganische Repräsentation von Sprache</i>	11
2.4 Ätiologie der Aphasie	13
2.5 Klassifikation der Aphasieformen – Aphasiesyndrome	15
2.5.1 Standardsyndrome	16
2.5.1.1 Globale Aphasie	16
2.5.1.2 Broca-Aphasie	17
2.5.1.3 Wernicke-Aphasie	18
2.5.1.4 Amnestische Aphasie	19
2.5.2 Nicht-Standardsyndrome	20
2.5.3 Kritische Anmerkungen zum Syndromansatz	21
2.6 Ansatz des Individualsyndroms	22
<b>3. Aphasie bei Kindern</b>	<b>23</b>
3.1 Versuch einer begrifflichen Bestimmung des Phänomens der kindlichen Aphasie	23
3.2 Abgrenzung zur Erwachsenenaphasie	25
3.2.1 Neurologische Besonderheiten der kindlichen Aphasie	26
3.2.2 Allgemeine entwicklungsbedingte Besonderheiten der kindlichen Aphasie	27
3.3 Ätiologie der kindlichen Aphasie	28
3.4 Symptome der kindlichen Aphasie	29
3.4.1 Symptome in den Modalitäten Sprachproduktion und Sprachverständnis	30
3.4.2 Symptome in den Modalitäten Lesen und Schreiben	32
3.5 <i>Exkurs: Psycholinguistische Modelle als Bezugsrahmen für das Verständnis der Symptomatik kindlicher Aphasie</i>	33
3.5.1 Das Logogen-Modell	34
3.5.1.1 Normale Wortproduktion und deren Störungsmöglichkeiten	36
3.5.1.2 Lesen von Wörtern und dessen Störungsmöglichkeiten	37
3.5.1.3 Schreiben von Wörtern und dessen Störungsmöglichkeiten	39
3.5.2 Das Parallel-Interface-Modell von Friederici	40
3.6 Verlauf und Prognose kindlicher Aphasie	43
3.7 Begleiterscheinungen kindlicher Aphasie	45
3.8 Zur psychosozialen Situation von Kindern mit Aphasie	47

<b>4. Zur Problematik der Beschulung bei Kindern mit Aphasie</b>	<b>49</b>
<b>4.1 Kindliche Aphasie und schulisches Lernen - Probleme bei der Wiedereingliederung in die Herkunftsschule</b>	<b>49</b>
4.1.1 Auswirkungen der aphasischen Symptome auf schulisches Lernen	50
4.1.2 Auswirkungen der Begleiterscheinungen kindlicher Aphasie auf schulisches Lernen	52
4.1.3 Anforderungen an die Methodik des Unterrichts bei Kindern mit Aphasie	55
<b>4.2 Die schulische Situation von Kindern mit Aphasie in Deutschland</b>	<b>56</b>
4.2.1 Probleme bei der Wahl eines geeigneten schulischen Förderorts	56
4.2.2 Schulische Integration – eine Perspektive für Kinder mit Aphasie?	59
4.2.3 Beschulungsprobleme aus der Sicht betroffener Eltern	60
 <b>5. Leni, 10 Jahre: Ein Fallbeispiel zur Darstellung der Beschulungsproblematik bei Kindern mit Aphasie</b>	 <b>64</b>
<b>5.1 Angaben zur Person und familiärem Umfeld</b>	<b>64</b>
<b>5.2 Unfallgeschichte und vorläufiger Befund</b>	<b>65</b>
<b>5.3 Lenis sprachliche Entwicklung/ Sprach- und Kommunikationsverhalten vor dem Unfall</b>	<b>68</b>
<b>5.4 Lenis schulischer Leistungsstand vor dem Unfall</b>	<b>69</b>
5.4.1 Schriftsprachliche Fähigkeiten	69
5.4.2 Schulleistungen in Mathematik	70
5.4.3 Lernverhalten	70
<b>5.5 Rehabilitationsverlauf in der Kinderklinik Schömburg</b>	<b>71</b>
5.5.1 Therapie der aphasischen Störung und deren Veränderung während der Rehabilitation	72
5.5.2 Die Begleitsymptome, deren Therapie und Veränderung während der Rehabilitation	74
<b>5.6 Zu Lenis schulischer Rehabilitation</b>	<b>76</b>
5.6.1 Lenis schulische Rehabilitation in der Krankenhausschule	76
5.6.2 Überlegungen hinsichtlich Lenis weiterer Beschulung	77
5.6.2.1 Überlegungen zur Wiedereingliederung in die Herkunftsschule	78
5.6.2.2 Entscheidung für die Schule für Körperbehinderte	80
<b>5.7 Zur Beschulungssituation von Leni an der Schule für Körperbehinderte in K.</b>	<b>81</b>
5.7.1 <i>Exkurs: Besonderheiten der Konzeption der SfK in K. – das Blockteamkonzept</i>	81
5.7.2 Lenis schulischer Werdegang an der SfK in K.	82
5.7.2.1 Zur Klassen- und Unterrichtssituation	82
5.7.2.2 Veränderung der aphasischen Symptomatik und Lenis schulischer Leistungen während seiner Beschulung im ersten Team	85
5.7.2.3 Veränderung der aphasischen Symptomatik und Lenis schulischer Leistungen während seiner Beschulung im zweiten Team	90

5.7.2.4	Lenis psychosoziale Situation während seiner Schulzeit an der SfK in K.	92
5.7.3	Beschulungsprobleme aus Sicht von Lenis Eltern und deren Beurteilung aus Sicht der Lehrer der SfK in K.	95
<b>5.8</b>	<b>Lenis Umschulung an eine private Förderschule für Erziehungshilfe</b>	96
5.8.1	<i>Exkurs: Zur Konzeption der Schule</i>	98
5.8.2	Zur schulischen Situation von Leni an der neuen Schule	99
5.8.2.1	Zur Klassen- und Unterrichtssituation	99
5.8.2.2	Lenis bisheriger Schulleistungsstand	99
5.8.2.3	Auswirkungen der Aphasie und der Begleitsymptome auf Lenis schulisches Lernen und deren Berücksichtigung im Unterricht	100
5.8.2.4	Lenis psychosoziale Situation an der neuen Schule	102
<b>5.9</b>	<b>Vergleich der beiden Förderorte hinsichtlich der Frage der adäquaten Beschulung Lenis</b>	103
<b>5.10</b>	<b>Zu Lenis schulischer Perspektive</b>	106
<b>6.</b>	<b>Schlussbemerkung und Ausblick</b>	107
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	109
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	112



# 1. Einleitung

Sprache wird im Alltag von den meisten Menschen mit einer solchen Selbstverständlichkeit genutzt, dass über sie meist erst nachgedacht wird, wenn sie zum Problem wird. Es verwundert daher nicht, dass viele Menschen nicht wissen, was unter Aphasie zu verstehen ist und auch Fachkräfte, die bisher nichts mit Aphasie zu tun hatten, oft Schwierigkeiten haben, die erworbene Störung mit ihren meist schwerwiegenden Folgen einzuordnen (vgl. LOEW et al. 2002, 7).

Aphasie bezeichnet das Schicksal, aufgrund einer hirnnorganischen Schädigung von heute auf morgen nicht mehr souverän über Sprache verfügen zu können. Obwohl Aphasie bei Kinder ein relativ seltenes Störungsbild darstellt, trifft es in Deutschland jährlich ungefähr 3000 Kinder (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08).

Die Langzeitfolgen sind häufig gravierend, so dass eine Aphasie in den meisten Fällen einen tiefen Einschnitt in den Lebenslauf bedeutet. Dass sich insbesondere bei der Beschulung große Probleme ergeben, machen zahlreiche Berichte von Eltern betroffener Kinder deutlich.

Auch die Mutter eines Jungen, den ich während meines Blockpraktikums an einer Schule für Körperbehinderte kennen lernte, schilderte in einem Internetforum die Probleme, die sich bei der Suche nach einem geeigneten Förderort auftaten:

*„Unser Sohn Leni<sup>1</sup>, 8, hatte dieses Jahr im Mai einen tragischen Unfall. Er lag eine Woche mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma im Koma. In der Aufwachphase verlief zunächst alles positiv, bis er einige Tage später einen Schlaganfall ... erlitt. Seine rechte Körperhälfte war komplett gelähmt. Hinzu kam die Aphasie. Er wird nunmehr nach einem halben Jahr entlassen und es geht ihm den Umständen entsprechend gut. Er läuft und rennt wieder, die Aphasie hat sich deutlich gebessert und man kann sich wieder fast ‚normal‘ mit ihm unterhalten. Er hat noch Wortfindungsstörungen und deutliche Schwierigkeiten beim Lesen. Nun stellt sich auch für uns die Frage, welche Schule für uns die geeignete ist und es wird immer deutlicher, dass es keine ideale Lösung gibt. Die Regelschule ist nicht geeignet, da er eine individuelle Förderung braucht. Er ist z. B. in Mathematik in der Lage, Aufgaben im 100er Raum zu lösen, kann jedoch teilweise nicht spontan Wörter schreiben und lesen. Da es jedoch wenige bzw. keine Alternativen gibt, bleibt uns nichts anderes übrig, als ihn (übergangsweise) in die Schule für Körperbehinderte zu geben, obwohl dort hauptsächlich geistig schwerstbehinderte Kinder sind. Uns ist klar, dass er nicht überfordert werden darf und dies zu großem Frust führen kann, aber genauso braucht er die richtige Förderung und das richtige Umfeld. Die Aphasie ist nun mal keine geistige Behinderung!“ (ebd.)*

---

<sup>1</sup> Der Name wurde geändert.

Da Aphasie bisher in keinem Schulkonzept verankert ist, die Symptome sich in der Regel aber auf schulisches Lernen auswirken, befinden sich auch viele andere Eltern aphasischer Kinder auf der oft vergeblichen Suche nach einer geeigneten Schule für ihr Kind.

Hinzu kommt, dass das Störungsbild der kindlichen Aphasie wie auch die daraus resultierenden Bedürfnisse aphasischer Kinder gesellschaftlich bislang kaum thematisiert und in der Folge lange Zeit vernachlässigt wurden, so dass es an fachlich qualifizierten Ansprechpartnern und entsprechenden Informationen mangelt. Es wäre im Hinblick auf die Zukunft also nötig, Lehrer sowie andere Fachleute über Aphasie im Kindes- und auch Jugendalter zu informieren und aufzuklären sowie konkrete Hilfen bei der Beschulung aphasischer Kinder zu erarbeiten. Ein wichtiger Aspekt stellt hierbei auch das Zusammenführen der Erfahrungen bezüglich der Beschulung aphasischer Kinder von Eltern und Fachleuten dar (vgl. ebd.). Aus diesem Grund entschloss ich mich, auch wenn es nur einen kleinen Schritt in diese Richtung darstellt, im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Problematik bei der Beschulung von Kindern mit Aphasie zu thematisieren und am Beispiel des oben erwähnten Jungen, welcher sich zu Beginn der Arbeit in der vierten Klasse an einer Sonderschule für Körperbehinderte befand, aufzuzeigen.

Nach einem Überblick über allgemeine Grundlagen der Aphasie werden zunächst die Besonderheiten wie auch das Störungsbild der kindlichen Aphasie umfassend dargestellt.

Im Anschluss beschäftigt sich die Arbeit mit den Problemen bei der Wiedereingliederung in die Herkunftsschule, um schließlich über die aktuelle schulische Situation von Kindern mit Aphasie in Deutschland zu berichten. Diese wird im letzten Teil anhand des ausgewählten Fallbeispiels konkretisiert. Neben Gesprächen mit Lenis Mutter und seinen betreuenden Lehrern dienen Berichte aus der Schulakte wie auch eigene Beobachtungen aus meiner Zeit im Blockpraktikum als Bezugsquelle.

## 2. Aphasie

### 2.1 Zum Begriff der Aphasie

Die Bezeichnung ‚Aphasie‘ stammt aus dem Griechischen und bedeutet den Wortbestandteilen nach [*griech.* a: nicht, ohne; phanal: sprechen] ‚ohne Sprechen‘ bzw. ‚Sprachlosigkeit‘ (vgl. HUBER 1996, 7 zit. n. WEIßGÄRBER 1999, 25). Demzufolge wäre es nahe liegend, anzunehmen, es handle sich bei Aphasie um einen Verlust des *Sprech*vermögens, was jedoch nicht der Fall ist. Auch wenn die zweite Bedeutung Aphasie zutreffend als Störung der *Sprache* bezeichnet, meint der Begriff Aphasie in den meisten Fällen nicht den vollständigen Verlust der Sprache, sondern vielmehr „eine schwere Schädigung ihrer souveränen Verfügbarkeit“ (FÜSSENICH, 2005, 53), weshalb ‚Dysphasie‘ [*griech.* dys: Miss-, Störung] eine adäquatere Bezeichnung wäre. In der deutschsprachigen Fachliteratur wird der Terminus Aphasie jedoch eindeutig präferiert bzw. es werden beide Begriffe synonym verwendet, so dass ich der Einfachheit wegen im Folgenden ebenfalls von Aphasie sprechen werde.

1864 führte der französische Neurologe Armand Trousseau die Bezeichnung für eine Sprachstörung nach Hirnschädigung ein. Seine schlichte Definition beinhaltet die zwei bis heute wesentlichsten Bestimmungstücke der Aphasie, nämlich, dass die Ursache eine Schädigung des Gehirns darstellt und dass die sprachliche Leistung der Betroffenen beeinträchtigt ist. Obwohl es seit damals viele Definitionsversuche gibt, existiert bis heute keine allgemeingültige Definition der Aphasie. Im deutschsprachigen Raum sind jedoch folgende definitorische Annahmen weit verbreitet:

Aphasie beschreibt eine zentrale Sprachstörung, die nach vollzogenem Spracherwerb infolge einer umschriebenen Hirnschädigung plötzlich eintritt. Betroffen sind in der Regel, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungsformen, alle Komponenten des Sprachsystems. Das bedeutet, dass sich sowohl in allen expressiven und rezeptiven sprachlichen Modalitäten, wie Sprachproduktion, Sprachverständnis, Schreiben und Lesen als auch auf allen linguistischen Ebenen, d. h. in Semantik, Syntax, Morphologie und Phonologie, Beeinträchtigungen zeigen.



Es wird davon ausgegangen, dass Intelligenz und Gedächtnis hingegen relativ ungestört erhalten bleiben, d. h. dass die Fähigkeit zu Denken nicht beeinträchtigt ist (vgl. TESAK 2005, 2 ff.).

Obwohl diese Annahmen die Aphasie sinnvoll ein- und somit von anderen Störungen abgrenzen, ist keiner der Aspekte unumstritten.

Erwähnenswert erscheinen mir insbesondere die kontroversen Ansichten, welche bezüglich der Intelligenz bei Aphasie bestehen: Während die Mehrheit der Autoren von einem sprachspezifischen Aphasieverständnis ausgeht, welches besagt, dass Aphasiker keine primären Beeinträchtigungen in ihren Denkleistungen zeigen, wird seit dem 20. Jahrhundert von einigen Autoren, wie BROOKSHIRE (1983 zit. n. ebd., 3 f.) und SCHINDLER (1996 zit. n. ebd., 4) die Ansicht vertreten, Aphasie liege eine Störung des begrifflichen Denkens bzw. der Symbolverarbeitung zugrunde. CAPLAN (1992 zit. n. ebd., 3) wiederum unterscheidet primäre und sekundäre Aphasien, wobei bei ersteren Sprachprozesse direkt betroffen sind, bei letzteren

Wahrnehmungs- Gedächtnis- und/ oder Aufmerksamkeitsstörungen zu sprachlich defizitären Leistungen führen. BRAUN (2006, 129) verweist schließlich noch darauf, dass, obwohl Aphasie laut definitorischer Annahme eine spezifische Sprachstörung darstellt, keineswegs ausgeschlossen ist, dass sie mit Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich einhergehen kann.

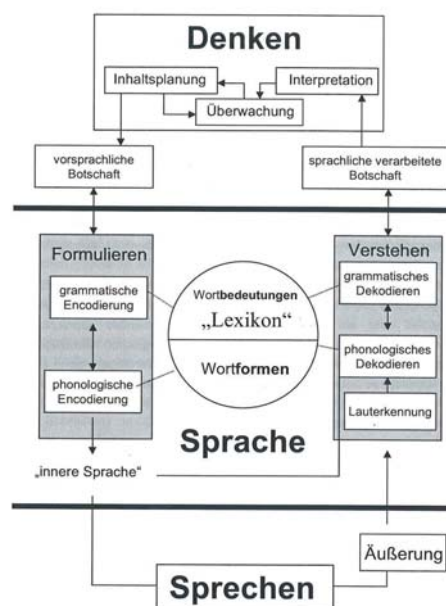
Unabhängig von den bereits genannten Bestimmungsstücken macht STEINER (2003, 215) auf die dialogische Sicht von Aphasie aufmerksam, welche die Aphasie nicht als Behinderung eines Menschen, sondern als Behinderung der Gespräche zwischen Menschen definiert. Da auch die Dialogpartner infolge der Aphasie mehr oder weniger sprachhandlungsunfähig sind, hält er es für sinnvoll, von Primärbetroffenen, (Aphasie-Patienten) und Sekundärbetroffenen (Umfeld) zu sprechen, was meines Erachtens insbesondere auch im Hinblick auf die Beschulungsproblematik von Kindern mit Aphasie relevant erscheint, worauf ich unter 4.1.3 jedoch noch zu sprechen komme.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass es notwendig ist, zwischen dem akuten, dem postakuten und dem chronischen Stadium einer Aphasie zu unterscheiden, wobei die diesbezüglichen Zeitangaben in der Literatur variieren. Das akute Stadium beschreibt etwa den Zeitraum der ersten sechs Wochen nach Eintritt der Hirnschädigung, die chronische Phase beginnt ca. ab dem 6. Monat; dazwischen liegt das postakute Stadium. Da sich während des akuten und postakuten Stadiums die Symptome einer

Aphasie aufgrund der Spontanremission (vgl. 3.6) noch sehr schnell verändern können, beziehen sich die definitorischen Annahmen sowie die Ausführungen der vorliegenden Arbeit auf das chronische Stadium einer Aphasie, in welchem sich die sprachlichen Leistungen meist nur langsam verbessern und das Erscheinungsbild somit relativ stabil ist (vgl. TESAK 2005, 5).

## 2.2 Abgrenzung der Aphasie von anderen Störungen

Aufgrund der Mühelosigkeit, mit der die meisten Menschen Sprache im Alltag produzieren und verstehen, wird oft übersehen, wie vielschichtig die Ebenen bzw. Prozesse der Sprachverarbeitung im Gehirn eigentlich sind. Für eine sinnvolle Abgrenzung der Aphasie von anderen Störungen ist es allerdings unabdingbar, die Komplexität des der Sprache zugrunde liegenden Systems in den Grundzügen zu verstehen. Im sog. ‚Prozessmodell des Sprachbenutzers‘ (modifiziert nach LEVELT 1989 zit. n. LOEW 2002, 13), einem psycholinguistischen Modell, werden die Ebenen und Prozesse der Sprachverarbeitung eines Sprachgesunden - wenn auch stark vereinfacht - gut illustriert:



Gezeigt werden die drei Ebenen *Denken* - *Sprache* - *Sprechen*, die es auseinander zu halten gilt. Auch wenn in der Definition bereits daraufhin gewiesen wurde, dass es

sich bei Aphasie um eine Sprachstörung handelt, lässt sich anhand des Modells nochmals gut veranschaulichen, dass bei Menschen mit Aphasie nicht Denken und Sprechen, sondern die zwischen den horizontalen Balken skizzierten sprachlichen Verarbeitungsprozesse gestört sind (vgl. LOEW 2002, 13).

Aphasie ist also eine zentrale Sprachstörung und somit von zentralen Störungen der Sprechmotorik, wie der Dysarthrie und der Sprechapraxie abzugrenzen.

Bei der Dysarthrie handelt es sich um eine Störung der Koordination der Sprechmuskulatur, wodurch die Artikulation beeinträchtigt ist und sich häufig Probleme in der Phonation und Sprechatmung ergeben. Die betroffenen Personen haben keine primären phonologischen, morphologischen syntaktischen oder semantischen Probleme und zeigen keine Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben und Verstehen.

Die Sprechapraxie beschreibt eine Störung in der Planung von Sprechbewegungen, durch welche es zu Verwechslungen von artikulatorischen Zielen und zu artikulatorischem Suchverhalten kommt. Bei reiner Sprechapraxie bestehen bezüglich des Verstehens keine Schwierigkeiten.

Beide Sprechstörungen können jedoch als Begleitsymptome einer Aphasie auftreten (vgl. TESAK 2005, 4).

Abzugrenzen von aphasischen Störungen sind darüber hinaus auch Sprachstörungen bei Geisteskrankheiten, welche oft durch Konfabulationen gekennzeichnet sind. Bei Verwirrtheit oder ähnlichen psychopathologischen Phänomenen ist der Gedankenablauf, d. h. der Inhalt der Sprache weit mehr beeinträchtigt als die formale Realisierung und es liegen zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten vor. Diffuse, akute oder chronisch, progrediente Hirnerkrankungen können allerdings zu komplexen Syndromen aus Verwirrtheit und Aphasie führen, so dass die Feststellung der aphasischen bzw. psychopathologischen Störungsanteile nicht immer eindeutig möglich ist (vgl. ebd., 3; HUBER et al. 2000, 80).

Die Abgrenzung zu entwicklungsbedingten Sprachstörungen erfolgt unter 3.1 im Kontext der Begriffsbestimmung der kindlichen Aphasie.

## **2.3 Exkurs: Hirnorganische Repräsentation von Sprache**

Da eine Aphasie eine zentrale Sprachstörung ist, d. h. infolge einer umschriebenen Hirnschädigung entsteht, sind zum besseren Verständnis der Aphasie und deren Ätiologie Kenntnisse über die Lokalisation von Sprache und deren Verarbeitung notwendig. Daher möchte ich, auch wenn die Frage nach der genauen hirnorganischen Repräsentation von Sprachfunktionen noch nicht bis ins Detail beantwortet werden kann, die Hypothesen, auf die sich das Forschungsgebiet der Neurolinguistik stützt, kurz darstellen.

Der Mensch erwirbt während der ersten fünf Lebensjahre und der frühen Schulzeit unter dem Einfluss seines sozialen Umfelds die Fähigkeit, sprachliche Mitteilungen zu äußern, zu verstehen sowie lesen und schreiben. Der Spracherwerb umfasst alle linguistischen Ebenen. Das erlernte Sprachwissen wird im Netzwerk Gehirn, d. h. in einem System von Neuronenverbänden gespeichert (vgl. WEIßGÄRBER 1999, 18). Die Vernetzung der Neuronenverbände, welche für sprachliche Vorgänge nötig sind, scheinen, aufgrund der Tatsache, dass deren Aufbau nicht vollständig genetisch determiniert, sondern zum großen Teil auch von Umwelterfahrungen abhängt, für jeden Menschen unterschiedlich zu sein (vgl. HUBER et al. 1991, 15). Dennoch bestehen bei der Mehrheit der Menschen in den Grundzügen, insbesondere im Hinblick auf die Lokalisation der sog. Sprachzentren, große Ähnlichkeiten, auf die ich im Folgenden eingehen möchte.

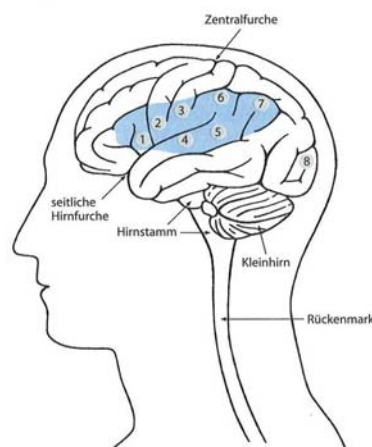
Seit dem 19. Jahrhundert wird bereits vermutet, dass Sprache an bestimmte Hirnregionen gebunden ist und nicht alle Hirnareale an deren Zustandekommen in gleicher Weise beteiligt sind (vgl. SUCHODOLETZ 2001, 28).

Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts stellte man sich Sprache im Gehirn allerdings statisch lokalisiert in eng umgrenzten Zentren vor. Ausgangspunkt dieser sog. Lokalisationslehre waren Entdeckungen, welche in der Mitte des 19. Jahrhunderts aus Untersuchungen an aphasischen Patienten hervorgingen: Der französische Chirurg Broca erkannte 1861, dass expressive Sprachfunktionen die Intaktheit der unteren Stirnhirnwindung der linken Hemisphäre voraussetzen (sog. Broca-Region). Wernicke, ein deutscher Psychiater lokalisierte kurze Zeit später rezeptive Sprachfähigkeiten in der oberen Schläfenhirnwindung der linken Hemisphäre (sog. Wernicke-Region). Auf der Basis des Modells dieser sog. Lokalisationslehre nahm

man also an, dass Sprachprozesse allein durch die linke Hemisphäre, welche man als dominant bezeichnete, gesteuert werden. Auch die damalige Aufteilung von Sprache in eine motorische und eine sensorische Komponente erwies sich im Nachhinein als zu einfach bzw. undifferenziert.

Die heutige Vorstellung, welche u. a. durch den russischen Neuropsychologen Luria geprägt wurde, geht hingegen von einer Hemisphärenspezialisierung aus: Sprache scheint, ebenso wie andere höhere Hirnfunktionen auch, nicht ausschließlich in einer Hemisphäre lokalisiert zu sein, sondern wird durch die Zusammenarbeit einer Vielzahl an Neuronensystemen produziert und verarbeitet. Obwohl sich diese Strukturen über das gesamte Gehirn erstrecken und beide Hemisphären bei der Sprachproduktion und -verarbeitung zusammenarbeiten, scheint jedoch besonders die linke Hemisphäre auf Sprachfunktionen spezialisiert zu sein. Dies steht vermutlich damit in Zusammenhang, dass die Erzeugung und Rezeption von Sprache eine hohe zeitliche Auflösung erfordert, wozu insbesondere die linke Hemisphäre, deren Prozesse auf eine analytische, sequentielle Verarbeitung spezialisiert sind, in der Lage ist (vgl. LUTZ 2004, 14–18).

Die Hirnareale, in denen ein Großteil des erworbenen Sprachwissen gespeichert ist und welche demnach als sog. Sprachzentren bezeichnet werden, befinden sich folglich meist in der Großhirnrinde der linken Hemisphäre. Sie sind in der Region der seitlichen Hirnfurche, der sog. perisylvischen Region angeordnet und umfassen die angrenzenden Hirnwindungen des Stirn-, Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptlappens (HUBER et al. 1991 zit. n. LUTZ 2004, 16):



■ Abb. 2.1. Die Schaltzentren zur Spracherzeugung und -verarbeitung. 1 Broca-Area, 2 motorische Sprechregion, 3 somatosensorische Region, 4 Hörregion, 5 Wernicke-Area, 6 Gyrus supramarginalis, 7 Gyrus angularis (=Schriftsprachzentrum), 8 Sehregion. (Nach Huber et al. 1991)

Als Hauptzentren werden auch heute noch vorherrschend die Broca- und Wernicke-Region genannt (vgl. TESAK 2005, 36).

Obwohl die Sprache also schwerpunktmäßig von der linken Hemisphäre gesteuert zu werden scheint, kamen Forschungen inzwischen zu der Überzeugung, dass die rechte Hemisphäre bei der Sprachverarbeitung und -produktion wesentliche Aufgaben im Sinne ganzheitlicher Verarbeitungsstrategien übernimmt, so z. B. die Rezeption als auch Produktion von emotionalen Aspekten der Sprache, die Steuerung der Intonation sowie das Erkennen des Sprechers (vgl. SUCHODOLETZ 2001, 29). Zudem scheint sie für das globale Erfassen von Wörtern und Redewendungen sowie für automatisierte Ausrufe und Floskeln zuständig zu sein. Ein weiteres charakteristisches Merkmal der rechten Hemisphäre ist die Fähigkeit, konkrete Substantive besser zu verstehen als abstrakte, Verben hingegen schlechter als Substantive und Adjektive noch schlechter (FRIEDERICI 1984 zit. nach LUTZ 2004, 19).

Die dargestellte funktionelle Assymetrie bezüglich der Sprachfunktionen scheint bei den meisten Menschen zuzutreffen, bei einem sehr geringen Prozentsatz (1-2%) befinden sich die Sprachzentren allerdings in der rechten Hemisphäre oder es existiert eine doppelseitige Sprachrepräsentation. Die interindividuellen Unterschiede hinsichtlich der Lokalisation sprachrelevanter Hirnregionen können hierbei sowohl auf genetische Faktoren als auch auf Lernprozesse in früher Kindheit zurückgeführt werden (vgl. SUCHODOLETZ, 2001, 33).

Es bleibt hinzuzufügen, dass sich die Lokalisation des Sprachzentrums und die Händigkeit eines Menschen zwar nicht wechselseitig bedingen, jedoch eine Häufigkeitsbeziehung besteht: Bei etwa 95 % der Rechtshänder und 70% der Linkshänder befindet sich das Sprachzentrum in der linken Hemisphäre. Von Bedeutung scheint mir in diesem Zusammenhang, dass sich bei den übrigen Links- bzw. Rechtshändern Aphasien nach linkshemisphärischer Schädigung, aufgrund der besser entwickelten Sprachkapazität der rechten Hemisphäre, besser zurückbilden (vgl. ebd., 40; HUBER et al. 2000, 81).

## **2.4 Ätiologie der Aphasie**

In Anlehnung an die oben dargestellten Ausführungen, lässt sich die in der Definition beinhaltete Aussage bezüglich der Ätiologie dahingehend präzisieren, dass eine

Aphasie in den meisten Fällen durch eine umschriebene Hirnschädigung der Großhirnrinde der linken Hemisphäre verursacht wird. Allerdings können Aphasien auch durch fokale Läsionen außerhalb der sog. Sprachregionen, wie z. B. auf subkortikaler Ebene, entstehen (vgl. TESAK 2005, 41).

Die mit 65-80% häufigste Ursache für das Auftreten einer zur Aphasie führenden Hirnschädigung im Erwachsenenalter ist ein Hirninfarkt. Hirninfarkt „... ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche Ereignisse..., [durch welche die Versorgung bestimmter Hirnareale] mit Sauerstoff oder Blutzucker unterbrochen oder beeinträchtigt ist“ (ebd., 2002, 39) und in deren Folge die betroffenen Gewebsbezirke absterben. Dieser kann auf unterschiedliche Art und Weise zustande kommen: Zum einen kann er durch eine Durchblutungsstörung von hirnzuführenden bzw. Hirnarterien selbst bedingt sein. Hierzu führt in der Regel ein embolischer oder thrombotischer Hirngefäßverschluss oder ein Gefäßspasmus, d. h. eine Verengung einer Hirnarterie infolge einer Subarachnoidalblutung. Zum anderen kann ein Hirninfarkt auch durch eine Hirnblutung ausgelöst werden, durch die das umliegende Hirngewebe ebenfalls geschädigt wird. Die Hirnblutungen ihrerseits können auftreten, wenn ein brüchig gewordenes Hirngefäß aufgrund von Bluthochdruck reißt oder bei jüngeren Menschen durch eine Hirnverletzung oder eine angeborene Gefäßmissbildung in Form eines Aneurysmas, d. h. einer krankhaften Arterienausackung verursacht werden (vgl. BRAUN 2006, 138).

Weitere häufige Ursachen für Aphasie sind Gehirntumore, welche aufgrund intrakranieller Raumforderung Struktur und Funktion des Hirngewebes schädigen, Hirnoperationen, Hirn- und Hirnhautentzündungen sowie Schädel-Hirn-Traumata, bei welchen eine Hirnverletzung vorliegt (vgl. ebd., 139). Da letztere die Hauptursache für Aphasie bei Kindern darstellen, werde ich auf diese unter 3.3 nochmals ausführlicher zu sprechen kommen.

Bis heute kann der pathophysiologische Entstehungsmechanismus der Aphasien trotz intensiver Forschung nicht endgültig aufgeklärt werden (vgl. WALLESCH 1988 zit. n. TESAK 2005, 33). Auf der Grundlage neuerer Forschungen wird jedoch angenommen, dass durch den Gewebsdefekt in der entsprechenden Region die Signalhemmung sowie -aktivierung durch Neurotransmitter an den Synapsen gestört wird, wodurch die elektrischen Impulse, welche sprachliche Informationen zwischen den verschiedenen Neuronenverbänden übermitteln, auf falsche Bahnen gelenkt



oder abgeblockt werden. Zudem scheint die Schädigung der Hirnsubstanz auch die parallele Steuerung der verschiedenen neuronalen Schaltkreise, welche für die Sprachverarbeitung essentiell ist, zu beeinträchtigen. Zusammenfassend im Hinblick auf die Pathogenese kann also festgehalten werden kann, dass die gravierende Störung der Sprache, wie sie bei Aphasie vorliegt, scheinbar durch eine Störung der drei neuronalen Funktionen Hemmung, Aktivierung und parallele Steuerung bewirkt wird (vgl. LUTZ 2004, 21).

## **2.5 Klassifikation der Aphasieformen – Aphasiesyndrome**

Aphasien können je nach Ursache sowie Lage und Ausmaß der Schädigung im Gehirn in unterschiedlichen Ausprägungsformen vorkommen, wodurch die Notwendigkeit einer Klassifikation der verschiedenen Aphasieformen entsteht. Bis heute existiert allerdings kein allgemein anerkanntes Einteilungsschema für Aphasien. Kriterien der gebräuchlichen Klassifikationen sind u. a. die Ätiologie, die Lokalisation der Hirnschädigung, die Sprechflüssigkeit oder Symptomkombinationen (vgl. TESAK 2005, 5). In der vorliegenden Arbeit beschränke ich mich auf die im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitete Darstellung der Klassifikation der Aachener Schule nach Poeck, welche eine Einteilung nach sprachlichen Symptomen sowie der Lokalisation der Hirnschädigung vornimmt:

Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass sich aphasisches Sprachverhalten durch eine Vielzahl an Symptomen charakterisieren lässt, welche, wie bereits erwähnt, in allen sprachlichen Modalitäten und auf allen linguistischen Ebene zu beobachten sind. Die aphasischen Symptome treten typischerweise nicht isoliert, sondern in komplexen Symptomkombinationen auf. In Anlehnung an den neoklassischen Ansatz der Aphasilogie, welcher auf das 19. Jahrhundert zurück geht und sich heute u. a. in der Bostoner Schule und deren Derivat, der Aachener Schule, manifestiert, wird ausgehend davon angenommen, dass bestimmte Symptomenbündel als sog. aphasische Syndrome immer wieder in ähnlicher Weise auftreten. Die Einteilung der Aphasieformen erfolgt demnach auf der Grundlage bestimmter Leitsymptome, welche nach der neoklassischen Auffassung in Beziehung zur Lokalisation der Hirnläsion stehen (vgl. ebd., 26 f.). Die Aachener Schule unterscheidet acht



Syndrome, welche in Relation zu der angeblichen Häufigkeit ihres Auftretens in Standard- und Nicht-Standardsyndrome eingeteilt werden.

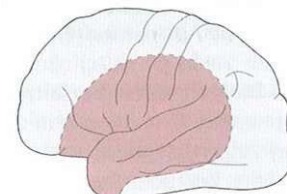
Obwohl dieser sog. Syndromansatz zahlreiche Kritikpunkte, auf die ich unter 2.5.3 noch zu sprechen komme, aufweist und sich nicht auf alle Aphasien anwenden lässt, möchte ich dennoch, um einen Überblick über mögliche Symptome einer Aphasie zu geben, im Folgenden insbesondere die Standard- jedoch auch die Nicht-Standardsyndrome kurz beschreiben.

Die geschilderten Symptome lassen sich vor allem aus der Spontansprache, d. h. der freien Rede im dialogischen Gespräch oder Interview, herleiten, berücksichtigt werden daneben jedoch auch die Modalität des Verstehens der gesprochenen Sprache sowie schriftsprachliche Fähigkeiten (vgl. ebd., 8).

## **2.5.1 Standardsyndrome**

### **2.5.1.1 Globale Aphasie**

Die Globale Aphasie gilt als die schwerste Form der Aphasie, da alle sprachlichen Fähigkeiten immens gestört sind. Das kennzeichnende Leitsymptom sind stark reduzierte Ausdrucksmöglichkeiten, welche häufig auf



globale Aphasie

Sprachautomatismen, Stereotypien und Perseverationen beschränkt sind. Unter Sprachautomatismen versteht man zwanghaft wiederholte, sprachlich inadäquat gebrauchte Silben, wie z. B. „do do do“, Wörter oder Phrasen, wie beispielsweise „Ach Gott!“. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei Stereotypien um feste Redefloskeln, die zwar meist situationsadäquat eingesetzt werden, jedoch relativ wenig Inhalt vermitteln, wie z. B. „Kann ich nicht sagen“ oder „Ach du meine Güte!“. Das ungewollte Wiederholen vorher geäußerter Laute, Silben, Wörter oder Sätze wird als Perseveration bezeichnet (vgl. ebd., 20 f./28)

Obwohl die Kommunikation insgesamt stark beeinträchtigt ist, können die Betroffenen ihre Absichten häufig durch Intonation, manchmal auch durch Gestik und Mimik zum Ausdruck bringen. Sprachverständnis sowie Lesen und Schreiben sind ebenfalls stark beeinträchtigt, wenn nicht sogar völlig gestört (vgl. LUTZ 2004, 30 f.). Es wird angenommen, dass die Globale Aphasie infolge einer tief greifenden

Hirnläsion, welche die gesamte perisylvische Region umfasst, entsteht (vgl. TESAK 2005, 38).

### 2.5.1.2 Broca-Aphasie

Das Leitsymptom der Broca-Aphasie ist eine verlangsamte, unflüssige und agrammatische Sprache.

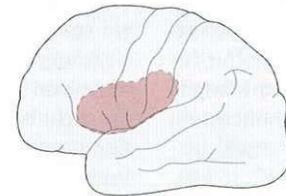
Sie erinnert oft an einen Telegrammstil, da Morphologie und Syntax stark vereinfacht sind. Charakteristisch ist das mühsame, schwerfällige Hervorbringen von Einzelwörtern und Teilsätzen.

Lexikalische Störungen kommen bei dieser Aphasieform eher selten vor, allerdings werden Inhaltswörter, d. h. Substantive, Verben und Adjektive, im Vergleich zu Funktionswörtern, wie Artikel, Konjunktionen oder Präpositionen, wesentlich häufiger verwendet. Außerdem kommt es häufig zu sog. phonematischen Paraphasien (vgl. LUTZ 2004, 31 f.). Paraphasien im Allgemeinen bezeichnen die nicht adäquate Realisierung eines Zielwortes. Bei Abweichungen auf der Laut- oder Silbenebene spricht man von phonologischen Paraphasien (z. B. Bulme statt Blume), wenn eine semantische Nähe zum Zielwort zu erkennen ist, von semantischen Paraphasien (z. B. Pulli statt Jacke) (vgl. TESAK 2005, 9 ff.).

Hinzu kommt, dass in den meisten Fällen einer Broca-Aphasie die Prosodie, d. h. die adäquate Betonung von Silben, Wort- oder Satzakzenten beeinträchtigt ist und oft zusätzlich dysarthrische Probleme auftreten, so dass die Artikulation verwaschen und undeutlich ist.

Das Sprachverständnis ist mit Einschränkungen relativ gut erhalten: Schwierigkeiten haben Betroffene in der Regel bei Äußerungen, bei denen die korrekte Sinnentnahme von Funktionswörtern abhängt oder bei solchen, die ein differenziertes syntaktisches Verarbeiten verlangen. Darüber hinaus kann das Verstehen auch durch eine generelle Verlangsamung der Sprachverarbeitung beeinträchtigt werden, insgesamt bessert es sich meist jedoch schneller als die anderen Sprachmodalitäten.

Die schriftsprachlichen Fähigkeiten sind häufig in gleicher Weise gestört wie die mündlichen. Für das Lesen bedeutet dies, dass Funktionswörter oft übersprungen werden und der Text anhand der Inhaltswörter erraten wird. Beim Schreiben treten agrammatische Symptome auf und es lassen sich sog. graphematische



Broca-Aphasie

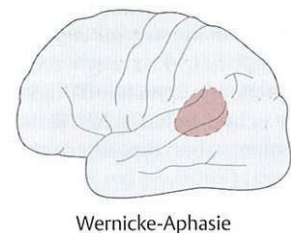
Paragraphien beobachten, d. h. dass einzelne Buchstaben oder Buchstabengruppen ausgelassen, vertauscht oder ersetzt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kommunikation mit dem Betroffenen in Abhängigkeit vom Schweregrad unterschiedlich gut möglich ist (vgl. ebd., 23/28; LUTZ 2004, 31 ff.).

Die Hirnläsionen, die zu einer Broca-Aphasie führen, sollen im Bereich über der sylvischen Furche liegen, wobei die Broca-Region, laut Lehrmeinung, betroffen sein kann, es aber nicht zwangsläufig sein muss (vgl. TESAK 2004, 38).

### **2.5.1.3 Wernicke-Aphasie**

Kennzeichnend für die Wernicke-Aphasie ist eine flüssige, unter Umständen jedoch logorrhöische, d. h. überschießende und inhaltsarme Sprache. Es treten neben zahlreichen phonematischen und semantischen Paraphasien auch häufig Neologismen auf. Darunter versteht man Wörter, die nicht zum Lexikon der Sprache gehören und bei denen kein offenkundiger Zusammenhang mit dem Zielwort besteht. In Fällen, wo die Sprache überwiegend aus diesen sog. Neuschöpfungen besteht und somit für den Zuhörer keine Bedeutung ergibt bzw. unverständlich bleibt, spricht man von einer Jargon-Aphasie. Dabei ist den Betroffenen selbst oft nicht bewusst, dass sie unverständlich sprechen, da sie nicht das hören, was sie wirklich äußern, sondern nur das, was sie zu sagen beabsichtigen.



Weiterhin besteht trotz relativ komplexen syntaktischen Strukturen eine Tendenz zu Satzabbrüchen, Satzteilverdopplungen als auch Satzverschränkungen, was als Paragrammatismus bezeichnet wird.

Obwohl Menschen mit einer Wernicke-Aphasie keine Schwierigkeiten bezüglich der Artikulation und Prosodie aufweisen, ist es für den Kommunikationspartner in der Regel schwierig, dem Geäußerten zu folgen.

Immense Schwierigkeiten bestehen zudem beim Verstehen auf der Ebene der Wortsemantik, da insbesondere das Verstehen von sinntragenden Inhaltswörtern beeinträchtigt ist.

Die schriftsprachlichen Fähigkeiten sind entsprechend der mündlichen Sprache gestört: Beim Schreiben treten ebenfalls Wortverwechslungen auf und Satzteile werden ineinander geschoben. Schwierigkeiten beim Lesen bestehen darin, dass der

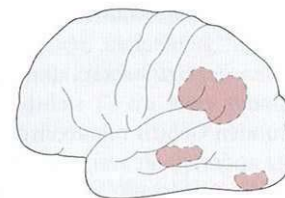
Sinn des Gelesenen nicht erfasst werden kann. Erstaunlicherweise lässt sich in vielen Fällen die Schriftsprache jedoch besser wieder anbahnen als die mündliche Sprache und die Verstehensprozesse, weshalb in der Therapie häufig versucht wird, mit Lesen und Schreiben zu beginnen.

Obwohl die Betroffenen oberflächlich gesehen lange ‚Gespräche‘ führen können, ist das Sprachverständnis und die -produktion derart gestört, dass die Kommunikationsfähigkeit insgesamt stark eingeschränkt ist.

Es wird vermutet, dass die Wernicke-Aphasie durch eine Hirnläsion im Schläfenlappen im Bereich der Wernicke-Region verursacht wird (vgl. ebd., 28/38; LUTZ 2004, 33 f.).

#### **2.5.1.4 Amnestische Aphasie**

Die Amnestische Aphasie gilt als die leichteste Form einer Aphasie. Neben flüssiger Sprache und relativ intaktem Satzbau lässt sie sich insbesondere durch Wortfindungsstörungen kennzeichnen. Diese treten



amnestische Aphasie

zwar auch bei anderen Aphasieformen auf, dominieren als Leitsymptom jedoch nur bei der amnestischen Aphasie. Vor allem beim Benennen von Gegenständen sowie beim Beschreiben von Situationen können die Betroffenen sinntragende Wörter, wie Subjektive, Verben und Adjektive nicht abrufen. Die Wortfindungsstörungen manifestieren sich sowohl in semantischen und phonematischen Paraphasien als auch in Ersatzstrategien. Zu letzteren zählen das Ausweichen auf Redefloskeln (z. B. „Wie heißt das noch gleich?“), das Umschreiben des intendierten Worts (z. B. „Das Tier, das spuckt“), die Verwendung von Ersatzwörtern (z. B. „das Dings“) sowie das Abbrechen und Neuansetzen des Satzes. Häufig treten zusätzlich Perseveration auf, wodurch die Sprache, welche gut artikuliert und von ungestörter Prosodie ist, insgesamt redundant und inhaltsleer wirkt.

Beim freien Schreiben ergeben sich nur geringfügige Beeinträchtigungen in Form von Wortfindungsstörungen und der Neigung zu Ersatzstrategien. Lesen als auch mündliches Sprachverstehen sind im Allgemeinen kaum gestört, so dass konstatiert werden kann, dass die Kommunikationsfähigkeit beim amnestischer Aphasie nur relativ geringfügig eingeschränkt ist.

Bei der amnestischen Aphasie existiert bezüglich der Lokalisation der Hirnläsion kein klares Postulat. Es wird angenommen, dass die Läsion im hinteren Bereich des Temporallappens, im unteren Bereich des Parietallappens oder im temporoparietalen Grenzgebiet liegt (vgl. TESAK 2005, 28/38; LUTZ 2004, 35).

### 2.5.2 Nicht-Standardsyndrome

Der Unterschied zu den Standardsyndromen besteht neben dem vergleichsweise selteneren Auftreten darin, dass die im Verhältnis zu anderen Bereichen besser oder schlechter erhaltene Leistung des Nachsprechens eine zentrale Rolle spielt.

Bei der **Leitungsaphasie** ist die Beziehung zwischen Verstehen und Sprechen gestört, weshalb das Nachsprechen im Vergleich zu anderen sprachlichen Modalitäten verhältnismäßig schwer gestört ist. Kennzeichnend ist eine ansonsten flüssige Spontansprache mit vielen phonematischen Paraphasien.

Menschen mit einer **transkortikal-motorischen Aphasie** sind hingegen kaum in der Lage, sich spontan zu äußern, können aber mit intakter Syntax und guter Artikulation nachsprechen. Das Sprachverständnis ist recht gut und die Betroffenen können laut lesen.

Demgegenüber ist die **transkortikal-sensorische Aphasie** gekennzeichnet durch eine schwere Störung des Sprachverständnisses und eine flüssige Spontansprache, die viele Paraphasien aufweist. Die Nachsprechleistungen sind im Gegensatz zur Wernicke-Aphasie herausragend gut erhalten, was sich häufig in einer Tendenz zu Echolalien äußert. Betroffene wiederholen demnach unmittelbar vorangehende Äußerungen ihres Gesprächspartners, ohne jedoch den Inhalt des Gesagten zu erfassen.

Die **gemischte transkortikale Aphasie** lässt sich durch eine gute Nachsprechleistung bei nichtflüssiger Spontansprache und geringer Sprachverstehensleistung charakterisieren (vgl. WEIßGÄRBER 1999, 34 f.; TESAK 2005, 29).

### 2.5.3 Kritische Anmerkungen zum Syndromansatz

Der neoklassische Syndromansatz ist seit der Einführung des Aachener Aphasietests im deutschsprachigen Raum weit verbreitet. Diese Tatsache lässt sich nicht zuletzt auf ökonomische Gesichtspunkte zurückführen, da durch die Syndrombezeichnungen wesentliche Informationen über das Sprachverhalten vermittelt werden können, ohne dass die Symptome des Betroffenen im einzelnen aufgezählt werden müssen. In vielen Fällen zeigt sich jedoch, dass die Klassifikation der Aphasieformen mittels der Aphasiesyndrome nicht der Realität der Aphasien gerecht wird (vgl. TESAK 2005, 29).

Dies zum einen deshalb, da die Syndrome in sich äußerst heterogen sind: „Obwohl zwei aphasische Personen das gleiche Syndrometikett erhalten, kann die aphasische Symptomatik bei ihnen dennoch ganz unterschiedlich aussehen“ (ebd., 30). Hinzu kommt, dass sich Aphasien im Lauf der Zeit häufig verändern. LEISCHNER (zit. n. ebd., 41) gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Einteilung nach Aphasiesyndromen zu statisch ist und das Phänomen des Syndromwandels darin nicht berücksichtigt wird: Nur selten bleiben Aphasien über einen langen Zeitraum konstant, vielmehr verändern sich die Symptome – bei gleich gebliebenem neurologischen Befund – so stark, dass eine andere Syndromzuordnung nötig wäre. Darüber hinaus lassen sich, entgegen dem Postulat des Syndromansatzes, keine klaren Beziehungen zwischen der Lokalisation und den daraus resultierenden aphasischen Symptomen bzw. Syndromen erkennen. Fest steht, dass Schädigungen bestimmter Hirnregionen, v. a. der perisylvischen Gebiete der linken Hemisphäre, signifikant häufiger zu Aphasien führen als Schädigungen anderer Regionen. Da Sprachverarbeitung im Gehirn jedoch in multiplen, komplexen und einander überlagernden Systemen, welche kortikale und subkortikale Strukturen beider Hemisphären involvieren, erfolgt, können fokale Läsionen, wie unter 2.4 bereits erwähnt, auch außerhalb der Sprachregion Aphasien bzw. aphasische Symptome verursachen (vgl. ebd., 41).

Einer der gravierendsten Kritikpunkte liegt allerdings darin begründet, dass sich der Syndromansatz nur auf Schlaganfallpatienten mit kortikalen Läsionen anwenden lässt und sowohl für Aphasien mit anderer Ätiologie als auch für Aphasien bei Kindern und Jugendlichen nicht geeignet ist. Dies führt letztendlich dazu, dass ein großer Teil der Aphasien bei der Einteilung in die klassischen Syndrome

vernachlässigt wird (vgl. ebd., 29). An dieser Stelle möchte ich jedoch nochmals betonen, dass es mir, auch wenn die Klassifikation in Bezug auf kindliche Aphasien, laut Literatur, kaum Relevanz besitzt, dennoch unerlässlich erschien, die Syndrome kurz vorzustellen; einerseits, um einen Überblick über mögliche Symptome bzw. Symptomkombinationen zu geben als auch aus dem Grund, da die aphasischen Symptome von Lenis Spontansprache zu großen Teilen dem Bild der amnestischen Aphasie entsprechen, worauf ich jedoch noch detaillierter eingehen werde.

## **2.6 Ansatz des Individualsyndroms**

Infolge der oben genannten Kritikpunkte am Syndromansatz rückt innerhalb der Aphasiologie zunehmend der Ansatz des Individualsyndroms in den Blickpunkt. Diesem liegt zwar auch die Annahme zugrunde, dass aphasische Symptome nicht isoliert auftreten und alle Modalitäten sowie linguistische Ebenen betroffen sind, es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich die Symptome in individuell differierender Art und Weise zusammensetzen. Da jede aphasische Person demnach ein individuelles Störungsmuster der Sprachverarbeitung, mit unterschiedlich ausgeprägten Stärken und Schwächen aufweist, geht man diagnostisch vermehrt zu Einzelfallbeschreibungen über und versucht jeweils ein sog. linguistisches Profil zu erstellen (vgl. ebd., 26). Einen Bezugsrahmen für das Verständnis der aphasisch-linguistischen Symptomatik stellen dabei psycholinguistische Modelle der Sprachverarbeitung dar, anhand derer versucht wird, die aphasische Sprachverarbeitung über einen Vergleich mit der normalen Sprachverarbeitung Sprachgesunder zu verstehen (vgl. ebd., 44).

Da der Schwerpunkt auf den Symptomen der kindlichen Aphasien, welche aufgrund neurologischer und entwicklungsbedingter Besonderheiten eigene Charakteristika aufweisen, liegen soll, möchte ich auf die normale bzw. aphasische Sprachverarbeitung im Allgemeinen an dieser Stelle nicht detailliert eingehen. Die Darstellung zweier in Bezug auf die kindliche Symptomatik relevanten psycholinguistischen Modelle zur Sprachverarbeitung erfolgt daher im Rahmen eines Exkurses bei der Erläuterung der Symptome der kindlichen Aphasie unter 3.5.



### **3. Aphasie bei Kindern**

#### **3.1 Versuch einer begrifflichen Bestimmung des Phänomens der kindlichen Aphasie**

Der Begriff ‚Aphasie‘ in Bezug auf eine Störung der Kindersprache wird innerhalb verschiedener Disziplinen sehr unterschiedlich verwendet. Dies steht vor allem damit in Zusammenhang, dass der Terminus ‚Aphasie‘ in deutschsprachigen Ländern oft nur verwendet wird, wenn bereits vollständig erworbene Sprachfunktionen ganz oder teilweise verloren gingen und eine gewisse Uneinigkeit darüber besteht, wann normaler Spracherwerb als abgeschlossen gilt (vgl. BAUR 2003, 231). Der Frage, ob bei Kindern, aufgrund des ungeklärten Zeitpunkts des ‚abgeschlossenen Spracherwerbs‘, überhaupt von Aphasie gesprochen werden kann, möchte ich an dieser Stelle nicht nachgehen, da ich die Diskussion um die Festlegung im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit als unrelevant erachte: Fest steht, dass, obwohl es sich bei kindlichen Aphasien um ein relativ seltenes Störungsbild handelt (vgl. BIRKENBEIL 1995, 405), Aphasien keineswegs auf Erwachsene mit ‚abgeschlossenem‘ Spracherwerb beschränkt sind: Auch Kinder können eine zentral bedingte Sprachstörung, d. h. eine Aphasie erwerben.

„Der relative Häufigkeitsanteil der kindlichen Aphasien wird auf 5-10% geschätzt“ (BRAUN 2006, 153).

Um sich einer begrifflichen Bestimmung von ‚kindlicher Aphasie‘ anzunähern, verweist BAUR auf eine Definition von BECKER et al. (1986 zit. n. BAUR 2003, 231), nach deren Auffassung „es sich bei Aphasie um die Folgen von Hirnschäden, auf Grund derer die rezeptiven ... und produktiven ... mündlichen sowie schriftlichen sprachlichen Fähigkeiten – die vor Eintritt des Schadens vorhanden waren – nicht mehr verfügbar oder stark beeinträchtigt sind“, handelt.

Damit von einer kindlichen Aphasie gesprochen werden kann, muss Sprache also schon vor dem Zeitpunkt der zerebralen Schädigung prinzipiell vorhanden gewesen sein. Aphasie bei Kindern wird demnach ganz allgemein als eine zentral bedingte Sprachstörung, die das Kind nach Beginn oder im Verlauf der Sprachentwicklung trifft, definiert (vgl. BIRKENBEIL 1995, 405).



Obwohl das Erscheinungsbild der kindlichen Aphasie in den Grundzügen mit den definitorischen Bestimmungsstücken einer Aphasie, wie sie unter 2.1 dargestellt wurden, übereinstimmt, führt die Überlagerung von Spracherwerb und erworbener Sprachstörung häufig zu einer besonderen Form bzw. Ausprägung der sprachlichen Symptomatik. Deutliche Unterschiede bestehen zudem in der Ätiologie und dem Verlauf, so dass die kindliche Aphasie innerhalb dieses Kapitels eigens dargestellt sowie von der Erwachsenenaphasie abgegrenzt wird.

Zunächst ist es jedoch noch notwendig, auch wenn sich einzelne Symptome ähneln bzw. gleichen können, die kindliche Aphasie von entwicklungsbedingten Sprachstörungen abzugrenzen: Unter Sprachentwicklungsstörungen werden Störungen verstanden, bei welchen der Erwerb der Sprache beeinträchtigt ist. Die Schwierigkeiten können sich auch hier auf allen Sprachebenen sowie in allen sprachlichen Modalitäten ergeben. Im Gegensatz zur Aphasie zeigen diese Kinder jedoch bereits ab Beginn ihrer Sprachentwicklung Probleme, bestimmte Regeln des Sprachsystems selbstständig zu erwerben (vgl. FÜSSENICH 2008).

Der charakteristischste Unterschied zur Sprachentwicklungsstörung besteht also darin, dass Kinder mit Aphasie bis zum Zeitpunkt der cerebralen Schädigung in der Regel eine normale sprachliche Entwicklung durchlaufen haben. Diese wurde erst ab diesem Zeitpunkt mehr oder weniger stark unterbrochen bzw. beeinträchtigt. (vgl. BIRKENBEIL 1995, 405).

Diese definitorische Abgrenzung schließt selbstverständlich nicht aus, dass auch Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen eine Aphasie erwerben können, was sich dann auf die Symptomatik sowie den Verlauf zusätzlich erschwerend auswirken dürfte.

Etwas schwieriger stellt sich die Abgrenzung zur Sprachentwicklungsstörung bei Aphasien dar, die vor dem dritten bzw. vierten Lebensjahr eintreten. In der Literatur wird häufig berichtet, dass sich diese „relativ rasch und meist vollständig [zurückbilden und] sich die Sprachentwicklung quasinormal mit Lallen, Stammeln, Einwortsätzen usw. wiederholt“ (BRAUN, 2005, 154). LEISCHNER (1979 zit. n. BRAUN 2006, 152), an dem sich in diesem Zusammenhang vielfach orientiert wird, gliedert den kindlichen Spracherwerb in drei Phasen und bezeichnet in der Konsequenz eine Beeinträchtigung der Sprachentwicklung durch eine frühkindliche Hirnschädigung vor dem 4. Lebensjahr als eine Sprachentwicklungsbehinderung, den ‚Verlust‘ der

Lautsprache zwischen dem 4. und 8. Lebensjahr als Aphasie mit Erlernungserschwerung des Lesens und Schreibens und den ‚Verlust‘ der Laut- und Schriftsprache nach dem 8. Lebensjahr als Aphasie mit Alexie und Agraphie. Aphasie im Kindesalter bedeutet im geringsten Fall also eine zeitliche Beeinträchtigung der Sprachentwicklung, im schlimmeren Fall sind sprachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie auch deren Entwicklung gravierend beeinträchtigt. In Anlehnung an diese Ausführung und unter Bezugnahme auf die erläuterte Definition von BECKER et al. beschränke ich mich bei der Darstellung der kindlichen Aphasien im Folgenden auf solche, die nach dem 4. Lebensjahr erworben wurden.

Weniger trennscharf als die Abgrenzung zur Erwachsenenaphasie stellt sich die Abgrenzung zur Aphasie bei Jugendlichen dar: Einerseits sind Jugendliche in ihrem Spracherwerb schon wesentlich fortgeschrittener als Kinder bzw. haben diesen je nach Definition bereits mehr oder weniger abgeschlossen. Unter diesem Aspekt stehen sie der Erwachsenenaphasie näher als der kindlichen. Andererseits weisen Aphasien bei Jugendlichen ähnliche neurologischen Besonderheiten wie kindliche Aphasien auf (vgl. 3.2.1), wodurch Verlauf und Prognose eher mit diesen vergleichbar ist. Darüber hinaus entspricht die Häufigkeitsverteilung der Ursachen der Aphasie bei Kindern, so dass die folgenden Ausführungen, wenn auch nicht vollständig, zu großen Teilen auch für Aphasien bei Jugendlichen zutreffen.

### **3.2 Abgrenzung zur Erwachsenenaphasie**

Wie bereits erwähnt, unterscheidet sich das Erscheinungsbild kindlicher Aphasien in bestimmten Komponenten von dem der Erwachsenenaphasie.

Einen entscheidenden Faktor für die andersartige Ausprägung der Aphasien im Kindesalter stellt sowohl die größere Plastizität des kindlichen Gehirns als auch - wenn auch zu geringeren Teilen - die in Bezug auf Sprachfunktionen entwicklungsabhängige Ausbildung der Hemisphärenspezialisierung dar. Darüber hinaus liegen Unterschiede zwischen kindlicher und Erwachsenenaphasie in der Tatsache der kindlichen Entwicklung allgemein begründet (vgl. BAUR 2003, 231 f.), so dass ich neben der Hervorhebung der neurologischen Besonderheiten nicht

vernachlässigen möchte, die Abgrenzung zur Erwachsenenaphasie auch unter der Berücksichtigung von allgemeinen Entwicklungsaspekten kurz zu erörtern.

### **3.2.1 Neurologische Besonderheiten der kindlicher Aphasie**

Während Sprachfunktionen, wie unter 2.3 bereits erläutert, bei Erwachsenen, d. h. nach Abschluss der Hirnreifung, an die Intaktheit der als Sprachzentren bekannten Hirnregionen der meist linken Hemisphäre gebunden sind, wurde lange Zeit angenommen, dass bei Kindern eine derartige Hemisphärenspezialisierung noch nicht vorliegt (vgl. SUCHODOLETZ 2001, 63). „Man stellt[e] sich das Gehirn als System von variablen funktionellen Einheiten vor, das sich im Laufe der Entwicklung von einer embryonischen Gleichseitigkeit der Hemisphären durch genetische und exogene Einflussfaktoren zu einer funktionsspezifischen Organisation entwickelt“ (BRAUN 2006, 155). Es wurde demnach also angenommen, dass in der frühen kindlichen Entwicklung zunächst beide Hemisphären für Sprachleistungen zuständig sind, bis die Entscheidung, wie die Sprachfunktionen hemisphärisch repräsentiert werden, etwa während des 5. Lebensjahres fällt. Man ging davon aus, dass sich die beschriebene funktionelle Assymetrie schließlich im Verlauf der sog. Hemisphärenspezialisierung entwickelt und sich etwa um das 10. Lebensjahr mit Beginn der Pubertät konsolidiert (vgl. ebd., 154).

Neuere Forschungsergebnisse deuten hingegen darauf hin, dass zum Zeitpunkt der Geburt zwar keine hochgradige Hemisphärenspezialisierung wie im Erwachsenenalter vorliegt, jedoch auch keine Gleichwertigkeit beider Hirnhälften hinsichtlich sprachlicher Fähigkeiten besteht (vgl. SUCHODOLETZ 2001, 61). Die Annahme, dass in den ersten Lebensjahren beide Hirnhälften gleichwertig in die Organisation von Sprache einbezogen sind, muss also relativiert werden. Die Tatsache, dass Sprachfunktionen bei linkshemisphärischer Läsion in frühen Entwicklungsphasen noch vollständig in die rechte Hemisphäre verlagert werden können, wodurch die Voraussetzungen für eine normale Sprachentwicklung wiederhergestellt werden und die Sprachentwicklung meist nach dem vorübergehenden Erlöschen aller Sprachfunktionen nach kurzer Zeit von Neuem beginnt, wird nicht mehr der einst proklamierten Äquipotentialität der Hemisphären

zugeschrieben, sondern eher der enormen Plastizität des kindlichen Gehirns (vgl. LOEW et al. 2002, 28).

Auch wenn die Fähigkeit der rechten Hemisphäre, sprachliche Funktionen zu übernehmen, in der Regel nur bis 4. Lebensjahr bestehen bleibt<sup>2</sup>, unterscheidet sich das kindliche Gehirn von dem eines Erwachsenen auch anschließend noch durch eine vergleichsweise große Plastizität, was bedeutet, dass Verluste von Sprachfunktionen selbst innerhalb der linken, von anderen, nicht geschädigten Bereichen kompensiert werden können (vgl. ROTHENBERGER 1986 zit. n. BAUR 2003, 232). Demnach wäre bei kindlichen Aphasien eine wesentlich günstigere Prognose als bei Aphasien bei Erwachsenen zu erwarten, was sich jedoch unter der Berücksichtigung zahlreicher anderer Faktoren wieder relativieren kann: SUCHODOLETZ (2001, 64) beispielsweise macht darauf aufmerksam, dass nicht alle Hirnregionen in gleicher Weise in der Lage sind, Sprachaufgaben zu übernehmen. Bei einer schweren linksseitigen Hirnschädigung ab dem 4. Lebensjahr können sich daher auch bei Kindern, selbst unter den Umständen, dass ihr Gehirn weitaus flexibler Schädigungen kompensieren kann als ein Erwachsenengehirn dies vermag, langfristig aphasische Symptome zeigen, die sich allerdings von der Symptomatik der Erwachsenenaphasien in vielerlei Hinsicht unterscheiden und daher unter 3.4 sowie 3.5 umfassend dargestellt werden.

### **3.2.2 Allgemeine entwicklungsbedingte Besonderheiten der kindlicher Aphasie**

Ein weiterer wesentlicher Grund, weshalb sich die Aphasie bei Kindern deutlich von der Erwachsenenaphasie unterscheidet, liegt darin, dass Aphasie bei Kindern eine sich entwickelnde Sprache betrifft. Das bedeutet, dass im Unterschied zur

---

<sup>2</sup> Untersuchungen an Kindern, denen die linke Hemisphäre vollständig entfernt wurde, d. h. nach einer linksseitigen Hemisphärektomie, belegen, dass selbst noch im Alter von acht Jahren die rechte Hemisphäre in der Lage ist, sämtliche linguistische Funktionen zu übernehmen (vgl. SUCHODOLETZ 2001, 59). Dies stellt jedoch insofern eine Ausnahme dar, als dass eine umschriebene Schädigung der linken Hemisphäre stärkere sprachliche Ausfälle verursacht als die Entfernung der ganzen linken Hemisphäre, was darauf zurückzuführen ist, dass es durch die erhalten gebliebene, geschädigte linke Hemisphäre zu interhemisphärischen Interferenzen bei der Kontrolle der Sprachfunktionen kommt.

Erwachsenenaphasie Fähigkeiten, die gerade entwickelt wurden bzw. sich in der Entwicklung befinden, jedoch nicht wie beim Erwachsenen bereits automatisiert sind, geschädigt werden. Durch den Einschnitt in die sprachliche Entwicklung eines Kindes können somit nicht nur die vorhandenen Fähigkeiten, sondern auch Sprachfunktionen, die aufgrund des Alters des Kindes noch nicht entwickelt wurden, wie z. B. Schriftsprache, gravierend beeinflusst werden.

Hinzu kommt, dass Aphasie bei Kindern insgesamt einen Menschen betrifft, der in sehr vielen Bereichen noch große Entwicklungsaufgaben, wie Hirnreifeprozesse, Kognitions- und Persönlichkeitsentwicklung etc., vor sich hat. Da diese dann mit einem in seiner Funktion veränderten Gehirn erfolgen müssen (vgl. KIEFL 1990 zit. n. BAUR 2003, 231), erscheint die kindliche Aphasie im Gesamtbild wesentlich vielfältiger und heterogener zu sein als bei Erwachsenen (vgl. BAUR 2003, 231 f.). Aus diesen Gründen spielen bei kindlicher Aphasie nicht nur die Auswirkungen auf den vor der Hirnschädigung erreichten sprachlichen Entwicklungsstand eine Rolle, sondern auch der Einfluss der Störung auf die Entwicklung v. a. komplexer sprachlich-kognitiver Fähigkeiten, was im Hinblick auf die Beschulung bei Kindern mit Aphasie einen zentralen Faktor darstellen dürfte.

### **3.3 Ätiologie der kindlichen Aphasie**

Wie bei der Erwachsenenaphasie entsteht auch die kindliche Aphasie in den meisten Fällen durch eine Schädigung der Großhirnrinde der linken Hemisphäre.

Während bei der Erwachsenenaphasie jedoch durch Schlaganfall bedingte Hirnschädigungen, d. h. Hirnläsionen vaskulärer Genese als Ursache an erster Stelle stehen, stellt bei kindlicher Aphasie das Schädel-Hirn-Trauma mit 80 % die Hauptursache dar (vgl. BAUR 2003, 232; <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08). Als Schädel-Hirn-Trauma bezeichnet man gewaltsame Einwirkungen auf den Kopf: Durch einen Aufprall, Schlag oder Sturz kann die Schädeldecke und das darunter liegende Gehirn so stark geschädigt werden, dass Hirnsubstanz irreversibel zerstört wird. Der Schweregrad eines Schädel-Hirn-Trauma hängt zum einen davon ab, ob es sich um ein offenes (Teile der Schädeldecke und des Gehirns sind zerstört) oder gedecktes (Schädeldecke ist geschlossen) Trauma handelt. Zum anderen teilt man

Schädel-Hirn-Traumata bezüglich des Schweregrades in Gehirnerschütterung (Commotio cerebri), Gehirnprellung (Contusio cerebri) und Hirndruck (Compressio cerebri) ein. Während es sich bei ersterer um eine relativ leichte Form mit keinen oder geringen Folgen handelt, kommt es im Falle einer Gehirnprellung neben einer Gehirnerschütterung auch zu Prellungen und Quetschungen der Hirnsubstanz, die zu einer Schwellung des Hirngewebes sowie zur Ansammlung von Gewebsflüssigkeit, sog. Hirnödemen, führen. Diese bewirken schließlich eine irreversible Zerstörung des umliegenden Nervengewebes. Hirndruck entsteht durch eine traumatisch bedingte Ausbildung von intrakraniellen Hämatomen oder Ödemen. Da diese erst allmählich entstehen, kann sich die Schädigung der Hirnsubstanz zunehmend ausweiten (vgl. STADLER 2006, 92 f.). Am häufigsten erleiden Kinder Schädel-Hirn-Traumata durch Unfälle im Straßenverkehr, Stürze bei Spiel und Sport oder auch als Folge körperlicher Gewalt (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08).

Weitere, jedoch seltenere Ursachen kindlicher Aphasie sind Hirninfarkte, meist infolge angeborener Gefäßanomalien, Entzündungen des Zentralnervensystems, Hypoxien, Hirntumore oder deren Entfernung durch eine Hirnoperation. (vgl. BAUR 2003, 232). Zudem kann Aphasie im Kindesalter durch das Auftreten des sog. Landau-Kleffner-Syndroms bedingt sein. Hierbei handelt es sich um ein epileptisches Anfallsleiden, welches in der Regel im Alter zwischen vier und sieben Jahren auftritt und innerhalb weniger Monate zum kompletten Sprachverlust führt (vgl. HUBER et al. 2000, 83).

Aufgrund der anderen Häufigkeitsverteilung der Ursachen, liegen bei kindlichen Aphasien meist diffuse, oft auch bilaterale Hirnschädigungen vor.

### **3.4 Symptome der kindlichen Aphasie**

Aufgrund der beschriebenen neurologischen und entwicklungsbedingten Besonderheiten unterscheiden sich Aphasien bei Kindern von denen bei Erwachsenen durch Symptome, die eine Klassifikation in die Standardsyndrome nicht zulassen. Die Tatsache, dass bei der Mehrzahl der kindlichen Aphasien die Hirnschädigung, im Gegensatz zu den meisten Erwachsenenaphasien, nicht auf einen umschriebenen Bereich begrenzt ist, stellt einen weiteren Grund dar, weshalb

bei Kindern meist ein anderes Störungsbild vorliegt als bei Erwachsenen. Kindliche Aphasien unterscheiden sich allerdings auch untereinander sehr stark voneinander, so dass bezüglich des sprachlichen Erscheinungsbildes kaum einheitliche Aussagen gemacht werden können (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08).

Zunächst erfolgt die Beschreibung der häufigsten sprachlichen Symptome in den Modalitäten Sprachproduktion und Sprachverständnis als auch Lesen und Schreiben. Zum intensivierten Verständnis werden die häufigsten Symptome kindlicher Aphasie schließlich innerhalb eines Exkurses in Bezug zu zwei ausgewählten psycholinguistischen Modellen der Sprachverarbeitung betrachtet. Inwiefern Schwierigkeiten in den geschilderten Bereichen Hindernisse beim schulischen Lernen darstellen, wird unter 4.1 näher beleuchtet.

### **3.4.1 Symptome in den Modalitäten Sprachproduktion und Sprachverständnis**

Wie unter 3.5 noch erläutert wird, ist die Anfangszeit bei kindlicher Aphasie meist gekennzeichnet durch einen zunächst völligen Sprachverlust, der sich meist jedoch innerhalb der ersten Wochen wieder zurückbildet.

Charakteristisch ist in der Folgezeit, laut BRAUN (vgl. 2006, 152), jedoch immer noch eine allgemeine Sprachhemmung und eine deutliche Beeinträchtigung der Spontansprache.

Früher wurde davon ausgegangen, dass bei Kindern ausschließlich nicht-flüssige Aphasieformen auftreten. Als häufige Symptome werden in diesem Zusammenhang eine stockende Spontansprache, Sprachanstrengung und Sprachmühe, eine Verarmung des Wortschatzes sowie ausgeprägte Wortfindungsstörungen genannt (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 66). Wie unter 2.5.1.4 bereits ausführlich erörtert, manifestieren sich letztere sowohl in semantischen und phonematischen Paraphasien als auch in Ersatzstrategien, d. h. im Ausweichen auf Redefloskeln, in Versuchen, das intendierte Zielwort zu umschreiben, in der Verwendung von Ersatzwörtern, im Abbrechen und Neuansetzen des Satzes sowie in Perseverationen. Die Sprache der Kinder wirkt dadurch, ähnlich wie bei dem Bild der sog. amnestischen Aphasie, häufig redundant und inhaltsleer.



Gravierende Beeinträchtigungen treten zudem in der Grammatik auf, wobei die Satzstrukturen bei kindlicher Aphasie, laut BOEHRINGER (1979 zit. n. BIRKENBEIL 1995, 408) nicht vorrangig dysgrammatisch sind, sondern sich eher durch eine starke Vereinfachung charakterisieren lassen. Besondere Schwierigkeiten bereitet Kindern mit Aphasie die sprachliche Formulierung komplexer Zusammenhänge (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 68).

Neueren Untersuchungen zufolge konnten, entgegen früherer Annahmen, auch bei Kindern unterschiedliche Formen flüssiger Aphasie festgestellt werden: Während zuvor aufgrund der Tatsache, dass Sprachleistungen im Kindesalter noch wenig automatisiert sind, angenommen wurde, dass Sprachautomatismen sowie Paragrammatismus, Neologismen, Jargon und Loghorrö bei Kindern nicht auftreten, belegen neuere Studien, dass diese Symptome auch bei Kindern mit Aphasie beobachtet werden können.

Im Unterschied zu älteren Studien konnte neuere Untersuchungen darüber hinaus das Auftreten von Sprachverständnisproblemen unterschiedlichen Schweregrades nachweisen: Die Störungen reichen von sehr leichten Beeinträchtigungen bis hin zum kompletten Verlust des Sprachverständnisses (vgl. BRAUN 2006, 153; LOEW et al. 2002, 24). In den meisten Fällen kommt es zu einer generellen Verlangsamung der sprachlichen Verarbeitung während des Verstehens (vgl. WIELAND et al. 2001, 37). Außerdem bestehen fast immer, analog zu den Problemen bei der sprachlichen Darstellung, Schwierigkeiten im Verständnis sprachlich komplexer Zusammenhänge. Dies u. a. deshalb, da das Verständnis abstrakter Begriffe wie auch grammatischer Funktionswörter in der Regel schwerer beeinträchtigt ist, als das Verständnis von Inhaltswörtern (vgl. BIRKENBEIL 1995, 408), so dass Sätze sowie längere Äußerungen häufig syntaktisch undifferenziert anhand von Schlüsselwörtern interpretiert werden. Dieser Sachverhalt wird jedoch unter Bezugnahme auf ein ausgewähltes psycholinguistisches Modell des Sprachverstehens unter 3.5.2 noch näher beleuchtet. Besonders gravierende Störungen ergeben sich durch die Probleme im Erfassen komplexer grammatikalischer Beziehungen auch im Bereich des Textverständnisses und der Textproduktion (vgl. Lutz 2004, 152 ff.), was, wie unter 4.1 allerdings noch erläutert wird, v. a. im Hinblick auf schulisches Lernen eine großes Problem darstellt.



### 3.4.2 Symptome in den Modalitäten Lesen und Schreiben

Im Gegensatz zur Erwachsenenaphasie treten bei Kindern fast immer gravierende Störungen der schriftsprachlichen Fähigkeiten auf. Einige Kinder können sogar gar nicht mehr lesen und schreiben (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 66). Laut EWING-COBBS (1985 zit. n. BIRKENBEIL 1995, 409) steht dies damit in Zusammenhang, dass sich Kinder meist noch in der Phase des Schriftspracherwerbs befinden: Da die schriftsprachlichen Fähigkeiten noch nicht automatisiert ablaufen, sind diese ‚neu‘ erlernten Bereiche störungsanfälliger. Bei Jugendlichen und Erwachsenen hingegen sind die Lese- und Schreibfertigkeiten schon eingeübt und somit resistenter gegenüber Störungen.

Beim Lesen und Schreiben gibt es zwei Dimensionen der Störbarkeit, welche beide auf den Aspekt der Beziehung zwischen gesprochener und geschriebener Sprache zurückzuführen sind:

Die erste Dimension bezieht sich auf die Abhängigkeit, d. h. Dependenz der Schriftsprache von der Lautsprache. Da die gesprochene Sprache, sofern es sich nicht um eine reine Abschreibetätigkeit handelt oder ein entsprechendes Wort als Ganzwort im Gedächtnis gespeichert ist, die Grundlage für die geschriebene Sprache darstellt, können sich die aphasischen Symptome der mündlichen Sprache direkt auf die Schriftsprache auswirken: Ist die Sprache durch Wortfindungsstörungen gekennzeichnet, so dass die Person nicht weiß, durch welche Lautkette die Bedeutung eines Wortes repräsentiert wird, fehlt auch die Basis für die Programmierung des Schreibprogramms. Auf der Wortebene kann es dadurch zum Auslassen, Vertauschen oder Ersetzen einzelner Buchstaben oder Buchstabengruppen oder zum Schreiben semantisch verwandter Wörter kommen. Diese Phänomene werden analog zu den phonologischen und semantischen Paraphasien in der mündlichen Sprache in der Schriftsprache als Paragraphien bezeichnet. Auf der Satzebene können bei entsprechend vorliegenden Symptomen der Sprachproduktion auch beim Schreiben Paragrammatismus, Agrammatismus oder Jargon auftreten. Bei einer Störung des auditiven Sprachverständnisses zeigen sich häufig auch Schwierigkeiten beim sinnverstehenden Lesen. Diese können sowohl die Wort- als auch die Satzebene bzw. in der Folge das Textverständnis betreffen.

Die zweite Dimension der Störbarkeit basiert auf dem Zeichencharakter unserer Schrift: Obwohl die Beziehung zwischen Laut- und Schriftsprache auf einer Konvention beruht, d. h. innerhalb einer Sprachgemeinschaft einheitlich definiert ist, ist die Art und Weise, wie die Schrift- die Lautsprache abbildet, willkürlich: Phoneme werden durch Grapheme dargestellt, deren Korrespondenz erlernt und im verbalen Gedächtnis gespeichert werden muss. Der selbstständige Abruf bzw. die selbstständige Anwendung der Graphem-Phonem-Korrespondenz ist somit Voraussetzung für die Lese- und Schreibfähigkeit und kann, insbesondere bei Kindern mit Aphasie, welche sich zum Zeitpunkt der cerebralen Schädigung in den Anfängen des Schriftspracherwerbs befanden, gestört sein. Neben der Störung des Abrufs der Phonem-Graphem-Korrespondenz können, v. a. bei fortgeschritteneren Schulkindern auch andere Speichersysteme, wie die Speicherung des Schriftbildes von ganzen Wörtern, Morphemen oder speziellen Lautkombinationen betroffen sein (vgl. LUTZ 2004, 98 ff.; TESAK 2005, 23–26). Welche Störungsmöglichkeiten im Detail auftreten können bzw. zu welchen Störungen es dadurch im Lese- bzw. Schreibprozess kommen kann, wird unter 3.5.1.2 und 3.5.1.3 unter Bezugnahme auf ein ausgewähltes Modell der Sprachverarbeitung ausführlich erörtert. Abschließend bleibt an dieser Stelle jedoch noch zu erwähnen, dass sich auch bei Kindern, die mit dem Schriftspracherwerb zum Zeitpunkt der Schädigung noch nicht begonnen hatten, häufig große Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben ergeben, da sie diese Fertigkeiten unter besonders erschwerten Bedingungen erlernen müssen (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 67).

### ***3.5 Exkurs: Ausgewählte Psycholinguistische Modelle als Bezugsrahmen für das Verständnis der Symptomatik kindlicher Aphasie***

Psycholinguistische Modelle sind Modelle der Sprachverarbeitung Sprachgesunder, die innerhalb der Psycholinguistik und der kognitiven Neuropsychologie zunächst ohne Bezug zur neuronalen Grundlage erstellt wurden.

Wie unter 2.6 bereits angedeutet, wird anhand psycholinguistischer Modelle versucht, die aphasische Sprachverarbeitung über den Vergleich mit der normalen Sprachverarbeitung zu verstehen. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass durch eine Hirnschädigung Module bzw. Komponenten der Sprachverarbeitung selektiv gestört werden können und erhaltene Leistungen erkennen lassen, welche Module gestört sind. Psycholinguistische Modelle stellen dadurch zum einen eine sinnvolle Diagnostik- wie auch Therapiegrundlage dar und bilden zum anderen einen sinnvollen Bezugsrahmen für das intensivere Verständnis aphasischer Symptome. Unterschieden werden serielle, interaktive und inkrementelle Modelle. Während serielle Modelle die Sprachverarbeitung als serielle Abfolge von Verarbeitungsschritten in autonomen, spezialisierten Modulen interpretieren und mittels eines Flussdiagramms darstellen, nehmen interaktive Modelle vernetzte Systeme an. Es wird angenommen, dass die Sprachverarbeitung in Netzwerken stattfindet, die linguistischen Ebenen entsprechen, hierarchisiert sind und parallel aktiviert werden können. Inkrementelle Sprachverarbeitungsmodelle stellen sog. Mischformen dar und beruhen demnach auf der Annahme, dass Sprachverarbeitungskomponenten zwar primär autonom arbeiten, sich jedoch gegenseitig beeinflussen (vgl. BRAUN 2006, 150 f.). Im Folgenden werden die zentralen Symptome kindlicher Aphasie anhand von zwei ausgewählten Modellen, die ich diesbezüglich als besonders geeignet erachte, erläutert.

### **3.5.1 Das Logogen-Modell**

Beim Logogen-Modell (TESAK 2005, 49) handelt es sich um ein multimodales, serielles Modell der Einzelwortverarbeitung, d. h. es wird die Verarbeitung von isolierten, aus einem Morphem bestehenden Inhaltswörtern dargestellt, wobei die Sprachverarbeitung als serielle Abfolge von Verarbeitungsschritten auf verschiedenen linguistischen Ebenen interpretiert wird (vgl. ebd., 44/48). Obwohl es nur einen ausschnittshaften Bereich der Sprachverarbeitung abbildet, d. h. die Satz- und Äußerungsproduktion sowie das Satz- und Textverständnis vernachlässigt, stellt es meines Erachtens dennoch einen guten Bezugsrahmen für das grundlegende

Verständnis der Symptomatik kindlicher Aphasie dar. Dies deshalb, da es zum einen den Bereich der Wortproduktion abdeckt, wodurch die relativ häufig auftretenden Wortfindungsstörungen erklärt werden können, und zum anderen auch die Bereiche Lesen und Schreiben integriert, welche bei Kindern mit Aphasie meist immer und oft in erheblichem Ausmaß betroffen sind.

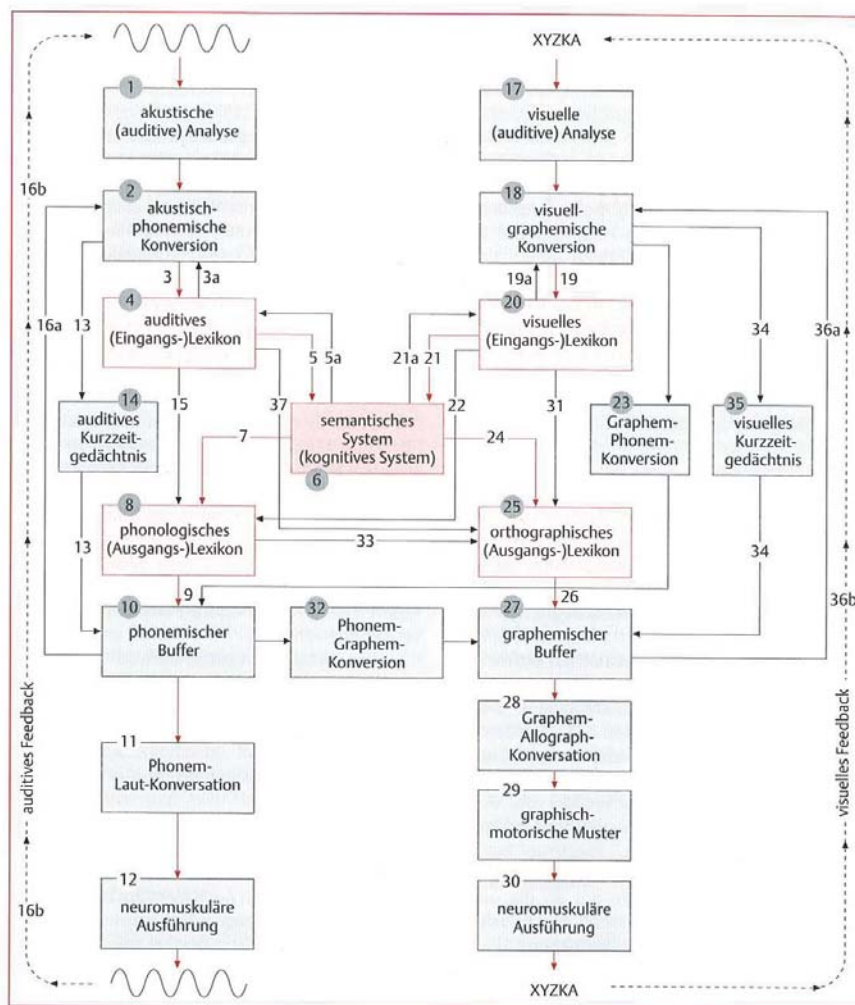


Abb. 15 Logogen-Modell.

Der Grundaufbau des Modells beschreibt zugleich dessen Ausgangspunkt: Ein Wort hat neben der Inhaltsseite, welche im semantischen System gespeichert ist und im Zentrum des Modells steht, auch eine Ausdrucksseite. Diese wird gemäß den vier Modalitäten Verstehen, Sprechen, Lesen, Schreiben aufgeteilt. Hierbei wird für jede Modalität ein eigenes Lexikon angenommen, das die entsprechenden Einträge enthält (vgl. ebd., 48). Aphasische Symptome auf der Ebene der Einzelwortverarbeitung lassen sich entweder als Repräsentationsstörungen in den

verschiedenen Lexika bzw. Systemen oder als Zugangsstörungen zu selbigen beschreiben.

Da bei kindlicher Aphasie meist nicht das Verstehen von konkreten Inhaltswörtern, sondern vielmehr das Verständnis abstrakter Begriffe bzw. sprachlich-komplexer Zusammenhängen gestört ist, werde ich mich, auch wenn das Logogen-Modell eine Beschreibung des Wortverständnisses und dessen Störung erlaubt, auf die modellhafte Beschreibung der normalen und aphasischen Verarbeitungsprozesse bei der Wortproduktion sowie beim Lesen und Schreiben beschränken.

Die modellhafte Beschreibung des Sprachverstehens auf der Satz- bzw.

Äußerungsebene erfolgt im Anschluss anhand des Parallel-Interface-Modells von Friederici.

### **3.5.1.1 Normale Wortproduktion und deren Störungsmöglichkeiten bei Aphasie**

Das Produzieren eines Wortes beginnt mit der Auswahl einer Bedeutung, die versprachlicht werden soll, d. h. Ausgangspunkt ist das *semantische System*. Der entsprechende Eintrag wird im *phonologischen Ausgangslexikon* angesteuert, im *phonemischen Buffer* werden anschließend die Phoneme in richtiger Reihenfolge linear angeordnet und zwischengespeichert. Für jedes Phonem wird dann eine adäquate Lautrealisierung gesucht (*Phonem-Laut-Konversion*), welche schließlich *neuromuskulär produziert* wird (vgl. ebd., 50).

Ist das semantische System gestört, werden dort falsche Einträge ausgewählt, wodurch es zu semantischen Paraphasien kommt.

Bei Wortfindungsstörungen liegt die Störung nicht im semantischen System selbst (Betroffene kennen die Bedeutung des Zielwortes), vielmehr scheint die Störung im Zugriff auf den relevanten Eintrag im phonologischen Ausgangslexikon zu liegen.

Hinsichtlich phonologischer Paraphasien und Neologismen gibt es zwei Störungsmöglichkeiten: Einträge können im phonologischen Lexikon bereits unzureichend spezifiziert sein und als solche in den phonemischen Buffer gelangen oder die Anordnung bzw. Auswahl der Phoneme im phonemischen Buffer kann gestört sein (vgl. ebd., 53).

### **3.5.1.2 Lesen von Wörtern und dessen Störungsmöglichkeiten bei Aphasie**

Ausgangspunkt beim Lesen ist die *visuelle Analyse* des geschriebenen Wortes. Diese liefert die Grundlage für die *visuell-graphematische Konversion*, in der den Graphen, d. h. den noch nicht erkannten Schriftzeichen, Grapheme zugeordnet werden. Anschließend wird die Graphemkette in das *visuelle Eingangslexikon* geschickt, wo sie mit den Schriftbildern, die dort gespeichert sind, d. h. die dem Leser bereits bekannt sind, verglichen wird, „[...] bis ein deckungsgleicher Eintrag gefunden ist“ (ebd., 50). Die Schriftbilder können dabei in Form von ganzen Wörtern, Wortteilen, Morphemen oder Buchstabenkombinationen gespeichert sein (vgl. LUTZ 2004, 100). Schließlich wird der entsprechende Eintrag im *semantischen System* abgerufen und das Wort gilt als verstanden. Während die bisher analysierten Schritte das stille, sinnverstehende Lesen beschreiben<sup>3</sup>, existieren beim lauten Lesen bzw. Vorlesen drei verschiedene Möglichkeiten:

Die erste Möglichkeit besteht darin, dass der bereits im *semantischen System* abgerufene Eintrag (s. o.) den entsprechenden Eintrag im *phonologischen Ausgangslexikon* aktiviert und der normale Ablauf der Wortproduktion eingeleitet wird. Es ist jedoch auch möglich ohne den Umweg über das semantische System direkt von einem Eintrag im *visuellen Eingangslexikon* zu einem im *phonologischen Ausgangslexikon* zu kommen. In beiden Fällen wurde das Wort in seiner Wortgestalt, d. h. über die sog. ganzheitliche Route erfasst. Die dritte Möglichkeit erlaubt es, auch unbekannte Wörter zu lesen: Nachdem den Schriftzeichen Grapheme zugeordnet wurden (*visuell-graphemische Konversion*), werden diese in entsprechende Phoneme übersetzt (*Graphem-Phonem-Konversion*). Die Phoneme werden schließlich in den *phonemischen Buffer* geschickt, wo sie in richtiger Reihenfolge angeordnet werden und schließlich den bereits geschilderten Weg der Produktion gehen (vgl. TESAK 2005, 51).

Geübte Leser können zwischen der ganzheitlichen und der einzelheitlichen Leseroute je nach Erfordernissen flexibel hin- und herschalten (vgl. LUTZ 2004, 102). Bei Aphasie können einzelne Routen selektiv ausfallen bzw. gestört sein. Entsprechend den drei Leserouten sind drei Störungsvarianten des Lesens denkbar, die als Dyslexieformen bezeichnet werden:

---

<sup>3</sup> Die Variante, dass auch beim stillen Lesen Wörter einzelheitlich erfasst, d.h. über die Graphem-Phonem-Korrespondenz erlesen werden und diesbezüglich Störungen auftreten können, wird in dem Modell vernachlässigt bzw. nicht explizit dargestellt.



Bei der sog. Tiefendyslexie kann nur die Route über das semantische System benutzt werden, so dass ausschließlich bekannte, bereits gespeicherte Wörter gelesen werden können. Diese werden über die Ganzwortgestalt erfasst. Fremde oder Pseudowörter können aufgrund der Störung der Graphem-Phonem-Konversion nicht erlesen werden. Da das Lesen auf einem schnellen Erfassen der Wortbedeutung beruht, können bedeutungstragende und erwartete Wörter besser gelesen werden als grammatische Funktionswörter, was dann zu agrammatischem Lesen führt. Zudem ist es Betroffenen dadurch nicht möglich, gelesene Sätze bzw. Texte zu verstehen, bei welchen die korrekte Sinnentnahme von Funktionswörtern abhängt.

Im Gegensatz zur Tiefendyslexie kann bei der sog. Oberflächendyslexie nur lautierend gelesen werden, da die ganzheitliche Leseroute nicht mehr möglich ist. Der Weg geht also primär über die Graphem-Phonem-Konversion. Auch wenn dadurch viele Wörter letztendlich erlesen werden können, ergeben sich bei solchen, die nicht lauttreu verschriftet werden häufig, Schwierigkeiten (vgl. TESAK 2005, 53 f.). In schweren Fällen kann es zudem vorkommen, dass die Sinnerfassung des Gelesenen nicht mehr möglich ist oder die Wörter nur noch buchstabiert werden können (vgl. LUTZ 2004, 103).

Bei der sog. Lautbilddyslexie ist nur noch die Route, die den Umweg über das semantische System übergeht und vom visuellen Eingangslexikon direkt zum phonologischen Ausgangslexikon führt intakt. Dementsprechend können Wörter nur noch ganzheitlich erfasst sowie in ihrer Lautform artikuliert werden, der Abruf der Wortbedeutung gelingt aufgrund des blockierten Zugangs zum semantischen System jedoch nicht mehr (vgl. ebd., 102).

Die Tatsache, dass bei aphasischen Kindern, die sich zum Zeitpunkt der Schädigung gerade erst in den Anfängen des Schriftspracherwerbs befanden, die Graphem-Phonem-Korrespondenz noch nicht derart gefestigt ist, dass sie ohne weiteres abgerufen werden kann, dürfte hinsichtlich des symptomatischen Ausprägungsgrades einen zusätzlich erschwerenden Faktor darstellen. In diesem Fall würde sich, selbst wenn die Route über die Graphem-Phonem-Konversion nicht direkt geschädigt ist, das Bild einer Tiefendyslexie, bei Schädigung des visuellen Eingangslexikons oder des semantischen Systems evtl. sogar eine Kombination aus Tiefen- und Oberflächendyslexie zeigen. Entsprechende Schwierigkeit ist auch für das Schreiben denkbar.

### **3.5.1.3 Schreiben von Wörtern und dessen Störungsmöglichkeiten bei Aphasie**

Der Ausgangspunkt beim Schreiben eines Wortes ist das *semantische System*. Die dort ausgewählte Bedeutung aktiviert einen Eintrag im *orthographischen Ausgangslexikon*, in welchem geschriebene Formen von Wörtern gespeichert sind. Im *graphemischen Buffer* sind in der Reihenfolge geordnete Graphemketten enthalten, welche anschließend in der *Graphem-Allograph-Konversion* auf Groß- und Kleinschreibung bzw. auf verschiedene Umsetzungsformen eines Graphems überprüft werden. Schließlich erfolgt die *neuromuskuläre Ausführung* der in *graphisch-motorische Muster* umgewandelte Graphemkette.

Dieser Weg ist allerdings nur möglich, wenn bereits verschiedene Schriftbilder, wie Ganzwörter, Wortteile, Morpheme oder Buchstabenkombinationen als auch orthographisches Regelwissen im verbalen Gedächtnis gespeichert sind.

Kinder, die sich in den Anfängen des Schriftspracherwerbs befinden, verschriften in der Regel zunächst alphabetisch, d. h. sie schreiben ohne orthographische Normen zu beachten, ‚wie man spricht‘. In diesem Fall wird ausgehend von der aus dem *semantischen System* ausgewählten Bedeutung der entsprechende Eintrag im *phonologischen Ausgangslexikon* aktiviert. Dieser wird dann in den *phonemischen Buffer* geschickt, wo die Phoneme in richtiger Reihenfolge linear angeordnet und zwischengespeichert werden. Anschließend erfolgt die *Phonem-Graphem-Konversion*, die einen entsprechenden Eintrag für den *graphemischen Buffer* erzeugt. Bei nicht vorhandenem orthographischen Regelwissen wird die Graphem-Allograph-Konversion übergangen, die richtig angeordnete Graphemkette wird in ein *graphisch-motorisches Muster* umgewandelt und *neuromuskulär ausgeführt* (vgl. TESAK 2005, 51).

Ausgangspunkt beim Schreiben von Wörtern nach Diktat ist die *akustische Analyse* des gehörten Wortes, durch die sprachrelevante Laute extrahiert werden, welche schließlich in Phoneme umgewandelt werden. Die erzeugte Phonemkette wird daraufhin mit allen Einträgen im *auditiven Eingangslexikon*, in dem alle bekannten Wortformen abgespeichert sind, verglichen, bis der entsprechende Eintrag gefunden ist. Der Weg kann jetzt entweder direkt, über das *semantische System* oder das *phonologische Ausgangslexikon* zum *orthographischen Ausgangslexikon* führen. Handelt es sich um ein Pseudowort oder ist das Wort nicht bekannt, verläuft der Weg über das *phonologische Ausgangslexikon* und den *phonemischen Buffer* schließlich zur *Phonem-Graphem-Konversion* usw..



Zusammenfassend und vereinfacht lässt sich sagen, dass der Weg beim Schreiben entweder über das orthographische Ausgangslexikon, d. h. über die ganzheitliche Route oder über die Phonem-Graphem-Konversion gehen kann. Je nach Art der Fehler bzw. der verwendeten Route lassen sich analog zu den Dyslexien verschiedene Formen sog. Dysgraphien unterscheiden:

Bei der sog. Tiefendysgraphie steht die Phonem-Graphem-Konversion nicht mehr zur Verfügung, so dass Wörter nur noch über ganzheitliches Vorgehen, d. h. über die Ganzwortgestalt geschrieben werden können. Dazu müssen sie allerdings bereits bekannt sein oder häufig verwendet bzw. geübt werden. Darüber hinaus können abstrakte Wörter und Funktionswörter kaum geschrieben werden, was damit in Zusammenhang stehen könnte, dass diese ohnehin schlechter behalten werden. Im Gegensatz dazu erfolgt das Schreiben bei der sog. Oberflächendysgraphie primär über die Phonem-Graphem-Konversion, so dass es vor allem bei nicht-lauttreuen Wörtern zu Fehlern in der Orthographie kommt. (vgl. ebd., 54)

Das Logogen-Modell veranschaulicht relativ gut, wie sich die einzelnen sprachlichen Modalitäten gegenseitig durchdringen, so dass es einleuchtend erscheint, dass der Ausfall bzw. die Schädigung eines Bereiches Störungen in mehreren Modalitäten bewirken kann.

Da das Modell jedoch auf den ersten Blick auch suggeriert, dass die Störung einer Route bzw. eines Lexikons einen totalen Ausfall dieses Bereichs darstellt, möchte ich abschließend darauf hinweisen, dass dies nicht zwangsläufig der Fall sein muss.

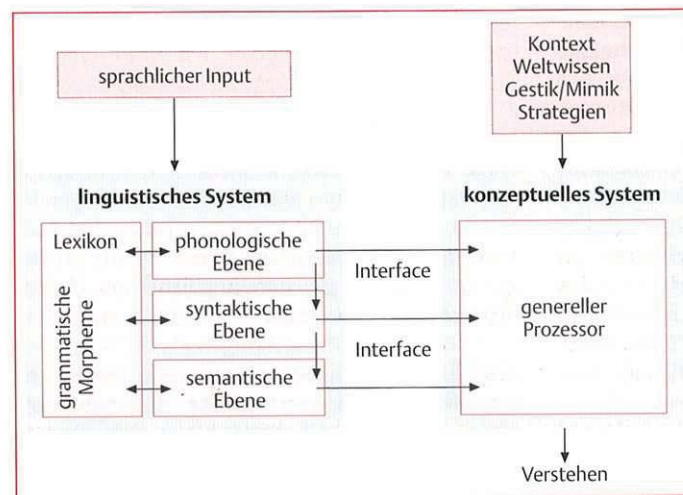
Tiefen-, Oberflächen- und Lautbilddyslexie kommen ebenso, wie Tiefen-, Oberflächendysgraphie selten in isolierter Form vor, meist handelt es sich eher um gemischte Störungen (vgl. LUTZ 2004, 103).

Die Symptome setzten sich bei jedem Patienten in individuell differierender Art und Weise und unterschiedlichem Ausprägungsgrad zusammen.

### ***3.5.2 Das Parallel-Interface-Modell von Friederici***

Das Parallel-Interface-Modell wurde 1987 von Friederici entworfen und basiert auf der Annahme, dass der Sprachverarbeitungsprozess inkrementell, d. h. schrittweise

und parallel verläuft. Es stellt grundlegende Prozesse und Strukturen des Sprachverstehens, nicht nur auf der Wort-, sondern auch auf der Satz- bzw. Äußerungsebene dar. Aus diesem Grund eignet es sich gut, die Störungen des Sprachverständnis bei kindlicher Aphasie zu beschreiben, da diese vorrangig beim Verstehen sprachlich komplexer Zusammenhänge auftreten.



Im Modell (TESAK 2005, 63) werden zwei parallel arbeitende Systeme beschrieben: Der sprachliche Input wird im *linguistischen System* zunächst phonologisch, dann syntaktisch und anschließend semantisch analysiert bzw. verarbeitet. Die drei Verarbeitungsebenen arbeiten im Sinne modularer Prozessebenen autonom, beziehen dabei jedoch ständig Informationen aus dem mentalen Lexikon. Es wird angenommen, dass dieses ein zusätzliches Sublexikon für grammatische Morpheme enthält. Über das *Parallel-Interface* werden Informationen aus den einzelnen linguistischen Ebenen, d. h. auf jeder Stufe der Verarbeitung an das *konzeptuelle System* weitergegeben. Dort wird die im linguistischen System produzierte Repräsentation mittels eines generellen Prozessors verarbeitet, der Informationen aus dem Kontext und dem Weltwissen sowie allgemeine Verstehensstrategien heranzieht, um die Äußerung pragmatisch korrekt verstehen zu können (vgl. ebd., 63).

Es wird angenommen, dass das konzeptuelle System bei Aphasie nicht beeinträchtigt ist. Schwierigkeiten im Sprachverständnis sind vielmehr auf Störungen im linguistischen System zurückzuführen:

Probleme bei der phonologischen Analyse bzw. auf der phonologischen Ebene haben zur Folge, dass den nachfolgenden Ebenen die Grundlage zur weiteren

Informationsverarbeitung fehlt und es somit, wie auch bei Störungen auf der semantischen Ebene, sowohl auf der Wort- als auch auf der Satzebene zu erheblichen Verstehensdefiziten kommen kann.

Bei Störungen auf der syntaktischen Ebene bzw. im morphologischen Sublexikon kommt es zu Problemen bei der grammatischen Analyse der Äußerung. Dadurch haben Betroffene, trotz eines evtl. guten Wortverständnisses, Schwierigkeiten, Sätze zu verstehen, deren Sinnverständnis auf der genauen Analyse der syntaktischen Struktur basiert. Verständnisprobleme ergeben sich demzufolge vor allem bei langen, syntaktisch komplexen Äußerungen, bei topikalisierten Sätzen, d. h. bei Sätzen, bei denen ein anderes Satzglied als das Subjekt am Satzanfang steht, sowie bei Passivkonstruktionen und Sätzen mit relativ vielen grammatischen Funktionswörtern. WIELAND et al. (2001, 37) machen darauf aufmerksam, dass es Menschen mit Aphasie zudem häufig schwer falle, Proformen, d. h. Wörter, die auf andere Wörter verweisen, wie „sie“, „dort“, „davor“ etc., zu verstehen.

In der Alltagskommunikation hingegen sind die syntaktischen Defizite allerdings nur selten bemerkbar (vgl. TESAK 2005, 65 f.), was sich anhand des Modells von Friederici wie folgt erklären lässt:

Aufgrund unzureichender Informationen aus dem linguistischen System, greift das konzeptionelle System bei Menschen mit Aphasie beim Verstehen häufig auf generelle Strategien zurück: Die Bedeutung zahlreicher Sätze mit einfacher Struktur lässt sich über Schlüsselwortstrategie und den Rückgriff auf Weltwissen erschließen. Auch die sog. Agens-Zuerst-Strategie, welche besagt, dass die erste Nominalphrase eines Satzes das handelnde Subjekt, d. h. der Agens ist, ermöglicht es häufig, einen Satz auch ohne syntaktische Analyse richtig zu deuten (vgl. ebd., 62).

Im Alltagsgespräch erfassen Menschen mit Aphasie Zusammenhänge zudem häufig auch über Gestik, Mimik und Intonation, d. h. sie greifen auf eine Art ganzheitliches Verstehen zurück, was jedoch gerade im Hinblick auf schulisches Lernen selten ausreichend ist. Bei Kindern mit Aphasien kommt erschwerend hinzu, dass sich Weltwissen sowie allgemeine Verstehensstrategien mitten in der Phase des Erwerbs befinden und demnach für die Verarbeitung bzw. Interpretation der Äußerung durch den *generellen Prozessor* nicht derart zur Verfügung stehen, wie das bei Erwachsenen der Fall ist. Eine Kompensation der Störung im linguistischen System durch diese beiden Faktoren dürfte sich dadurch im Gegensatz zu Erwachsenenaphasien zusätzlich schwieriger gestalten.

### 3.6 Verlauf und Prognose kindlicher Aphasie

Die wesentlichen Charakteristika des Verlaufs einer Aphasie im Allgemeinen und einer kindlichen Aphasie im Besonderen lassen sich auf grundsätzliche Erscheinungen nach Hirnschädigung zurückführen:

In der Akutphase, welche den Zeitraum der ersten sechs Wochen nach der Hirnschädigung beschreibt, kommt es häufig zu einer sich rasch verändernden Symptomatik. In den meisten Fällen kindlicher Aphasie zeigen die Kinder, wie bereits angedeutet, zunächst totale Sprachlosigkeit (vgl. PETER et al. 2001, 183), was oft als initialer Mutismus bezeichnet wird und einige Tage bis Wochen anhält (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 63). „Die Kinder haben Mühe zu kommunizieren, vermeiden das Sprechen für einige Zeit [und zeigen darüber hinaus in einigen Fällen auch Schwierigkeiten] im zuverlässigen Verstehen von gesprochenen Wörtern und Sätzen ihres Gegenübers“ (PETER et al. 2001, 183).

Bei den meisten Kindern setzt nach dieser Phase die Verwendung von Sprache, welche in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt sein kann, wieder ein.

Besonders innerhalb der ersten drei Monate erfolgt eine automatische Rückbildung mit großen Fortschritten, was als Spontanremission bezeichnet wird.

Falls keine vollständige Rückbildung erfolgt, bleibt nach dieser Zeit ein relativ stabiles Muster an aphasischen Symptomen bestehen; in dem Fall spricht man von einer chronischen Aphasie. Insbesondere bei Kindern kann es jedoch auch dann noch eine weitere Reduzierung der Symptome geben. Die weitere Prognose des Verlaufs hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab und ist darüber hinaus individuell meist sehr unterschiedlich ausgeprägt (vgl. TESAK 2002, 42 f.).

Im Hinblick auf den Verlauf einer kindlichen Aphasie werden in der Literatur verschiedene Prognosekriterien diskutiert. Hierzu zählen das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes zum Zeitpunkt der Schädigung, die Ätiologie, der Schweregrad sowie die Lokalisation der Schädigung im Gehirn als auch die Rückbildungsgeschwindigkeit der aphasischen Symptome und weitere neurologische Störungen (vgl. BAUR 2003, 232). Auch wenn sich der prognostische Wert jedes einzelnen Faktors nicht genau bestimmen lässt, da bei jedem aphasischen Kind individuelle, zusätzlich zu berücksichtigende Ausgangssituationen bestehen, können dennoch Aussagen bezüglich der Relevanz der Faktoren getätigt werden:

Während nach BIRKENBEIL (1995, 415) die Schnelligkeit, mit der sich aphasische Symptome vor allem in den ersten 20 bis 30 Tagen zurückbilden, d. h. die initiale Rückbildungsgeschwindigkeit für die Prognose von aussagekräftiger Bedeutung ist, geht aus Untersuchungen von HOFMANN STOCKER (vgl. 1992, 67) hervor, dass der Anfangsschweregrad der Aphasie prognostisch nur von geringer Bedeutung ist, d. h. dass auch anfänglich sehr schwere Störungen sich gut zurückbilden können. Zuverlässige Aussagen über die weitere sprachliche Entwicklung sind ihres Erachtens erst nach etwa einem Jahr möglich.

BAUR (2003, 232) betont, dass nach heutigem Wissenstand nicht das Alter zum Zeitpunkt der Schädigung das prognostisch entscheidende Kriterium zu sein scheint, sondern einzig die Ätiologie: Aphasien in Folge von Infektionen sowie Aphasien, die im Zusammenhang mit Epilepsie auftreten, werden einstimmig die schlechtesten Remissionstendenzen zugesprochen. Dies wird dadurch erklärt, dass diffuse Läsionen im Unterschied zu umschriebenen Läsionen oft zu einer allgemeinen Hirnleistungsschwäche führen. Kindliche Aphasien, die durch ein Schädel-Hirn-Trauma verursacht sind, hätten hingegen eine relativ günstige Prognose. Dies schließt allerdings nicht die Möglichkeit aus, dass es in Abhängigkeit vom Schweregrad des Schädel-Hirn-Traumas auch zu diffusen Hirnläsionen gekommen ist, so dass neben der Aphasie weitere gravierende Begleitsymptome auftreten können, wodurch die scheinbar gute Prognose wieder relativiert wird.

Von eher seltenen Ausnahmefällen abgesehen, bilden sich aphasische Symptome bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der größeren Plastizität des ‚jungen‘ Gehirns zwar weitgehend und rascher als bei Erwachsenen zurück, jedoch muss die früher weit verbreitete Annahme, dass Aphasie bei Kindern generell leicht und gut rückbildbar und damit prognostisch günstig sei, revidiert werden: Mit einer vollständigen Rückbildung der Symptome kann in den meisten Fällen nicht gerechnet werden (vgl. ebd., 231; BRAUN 2006, 156). LOEW et al. (2002, 25) machen darauf aufmerksam, dass die Folgen der Störungen „teilweise überhaupt erst im Verlauf der weiteren Entwicklung sichtbar“ werden.

HOFMANN STOCKER (1992, 67) fasst in den Ergebnissen ihrer Untersuchung zu den Langzeitfolgen kindlicher Aphasie zusammen, dass zwar meist innerhalb eines Jahres die alltägliche Kommunikation wieder gut möglich ist, sich aber die schriftsprachlichen Fähigkeiten weniger gut bessern und entwickeln. Auch PETER et

al. (2001, 183) vermerkt, dass selbst bei vollständig erholter Alltagskommunikation Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben langfristig bestehen bleiben. Überdauernde Symptome sind darüber hinaus eine vereinfachte Syntax sowie Defizite im Bereich des Sprachverständnisses, der Wortfindung, des differenzierten und abstrakten Wortschatzes und des verbalen Gedächtnisses (vgl. BAUR 2003, 232). Besondere Schwierigkeiten bestehen außerdem im Wiedererlangen bzw. Weiterentwickeln anspruchsvoller sprachlicher Leistungen, wie der sprachlichen Darstellung bzw. präzisen Formulierung komplexer Zusammenhänge, dem Verstehen unbekannter Texte und metasprachlichen Fähigkeiten. Komplexere sprachliche Leistungen mit höheren kognitiven Anforderungen sowie das Lernen sprachlich vermittelter Informationen bleiben also fast immer beeinträchtigt, was sich dann in den meisten Fällen, ebenso wie die oft schwere Störung der schriftsprachlichen Fähigkeiten, problematisch im Hinblick auf die weitere Schullaufbahn sowie eine zukünftige Ausbildung auswirkt (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 67; BRAUN 2006, 156).

### **3.6 Begleitorscheinungen kindlicher Aphasie**

Menschen, insbesondere Kinder mit Aphasie zeigen neben den aphasischen Symptomen oft weitere, auf die Hirnschädigung zurückgehende Beeinträchtigungen. Weshalb dies vor allem auf Kinder zutrifft, steht damit in Zusammenhang, dass Aphasie bei Kindern in der Mehrheit der Fälle durch Schädel-Hirn-Traumata verursacht wird, und es für die Auswirkungen eines Schädel-Hirn-Traumas typisch ist, „dass sowohl Körpermotorik als auch Kognition und Sozialverhalten betroffen sind“ (STADLER 2006, 94).

Eine häufig auftretende Begleitorscheinung bei Kindern mit Aphasie ist eine Körperbehinderung in Form einer cerebralen Bewegungsstörung. Eine cerebrale Bewegungsstörung ist durch bleibende, nicht weiter fortschreitende Schädigungen, Veränderungen oder Fehlentwicklungen des Zentralnervensystems, insbesondere der motorischen Zentren bedingt und führt in der Regel aufgrund eines veränderten Muskeltonus zu Störungen der Haltungs- und Bewegungskoordination (vgl. KALLENBACH 2006, 61). Da das Gehirn die Körperhälften in gekreuzter Weise steuert,



sind nach einer linksseitigen Hirnschädigung in der Regel die rechte Körperhälfte, insbesondere die Gliedmaßen betroffen. Mit einer Aphasie geht in vielen Fällen also eine spastische Hemiparese einher. Diese wird in der Umgangssprache als ‚Halbseitenlähmung‘ bezeichnet und ist durch einen Hypertonus der Willkürmuskulatur gekennzeichnet, welcher sich in unterschiedlichen Schwerengraden äußern kann.

Wie unter 2.2 schon erwähnt, können mit der Aphasie auch eine Dysarthrie, eine Störung der Koordination der Sprechmuskulatur sowie eine Sprechapraxie, eine Störung der Planung von Sprechbewegungen einhergehen. Die Apraxie muss nicht allein auf Sprechbewegungen beschränkt sein, es kann auch eine Störung der korrekten Planung und Ausführung jeglicher Handlungen und Bewegungen vorliegen.

Bei einer Schädigung der Sehbahn, treten häufig Sehstörungen in Form einer Hemianopsie, d. h. einer Gesichtsfeldeinschränkung auf.

Weitere mögliche Begleitsymptome kindlicher Aphasie sind Störungen in der räumlich-visuellen Wahrnehmung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen mit und ohne Hyperaktivität, Dyskalkulien sowie Störungen allgemeiner kognitiver Leistungen, insbesondere Gedächtnisleistungen (vgl. TESAK 2002, 48 ff.; STADLER 2006, 99 f.). Häufig kommt es zu einer allgemeinen Verlangsamung und einer verminderten Dauerbelastbarkeit (vgl. PETER et al. 2001, 182).

Infolge einer Hirnschädigung, die zu Aphasie führt, können außerdem posttraumatische Epilepsien auftreten (vgl. STADLER 2006, 95).

Da die Begleiterscheinungen das Gesamtbild einer kindlichen Aphasie deutlich mitprägen und somit hinsichtlich der Beschulung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen, werden sie unter 4.1.2 nochmals aufgegriffen und unter dem Aspekt der Wiedereingliederungsproblematik etwas intensiver betrachtet.

Laut BAUR (2003, 235) kommt es bei aphasischen Kindern zudem des Öfteren zu Störungen der Emotionalität und des psychosozialen Verhaltens. Auch Störungen in diesem Bereich sind im Hinblick auf die Beschulungsproblematik nicht zu unterschätzen, weshalb auf sie innerhalb des 4. Kapitels ebenfalls Bezug genommen wird. Zunächst werden sie allerdings gesondert im folgenden Kapitel dargestellt.

### 3.7 Zur psychosozialen Situation von Kindern mit Aphasie

Eine Aphasie, gleich auf welche Weise sie erworben wurde, stellt immer einen tiefen Einschnitt in den Lebenslauf dar, was von den Betroffenen in der Mehrzahl der Fälle zunächst als große psychische Belastung erlebt wird. Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern sind die Auswirkungen einer Aphasie auf den psychosozialen Bereich also nicht zu unterschätzen. Im Unterschied zu Erwachsenen fehlen Kindern jedoch meist, aufgrund ihres altersentsprechenden kognitiven Entwicklungsstands, die für die Verarbeitung der Situation notwendigen Einsichtsmöglichkeiten (vgl. LOEW et al. 2002, 43), weshalb es bei Kindern neben Störungen der Emotionalität oft auch zu Störungen des psychosozialen Verhaltens kommt. Oft lässt sich hierbei nur schwer unterscheiden, was primär auf die hirnorganische Schädigung und was sekundär auf die verminderten Kommunikationsmöglichkeiten zurückzuführen ist. Hinzu kommt, dass die kindliche Persönlichkeit mit all ihren Charakter- und Temperamentseigenschaften noch nicht voll ausgebildet ist und bestimmtes Verhalten auch durch altersspezifische Entwicklungsphasen, wie Trotzalter, Pubertät etc. bedingt sein kann (vgl. BAUR 2003, 235).

Meist ist die Situation der Kinder gekennzeichnet, von der plötzlichen Unfähigkeit mit ihrer Umwelt, selbst mit den nächsten Bezugspersonen, problemlos kommunizieren zu können. Schlagartig kann das Kind seine Bedürfnisse, Wünsche, Fragen und Ängste nicht mehr mitteilen, oft auch einfachste Erklärungen, Zusammenhänge oder Abläufe nicht mehr verstehen. In vielen Fällen reagieren die Kinder auf die erlebte Hilflosigkeit mit aggressivem Verhalten, Ängstlichkeit, kommunikativem Rückzug und Zwanghaftigkeit, die „... wie ein verzweifelter Festhalten an Regeln oder Abläufen, die vorhersagbar und gewohnt sind und damit Struktur und Sicherheit ...“ (ebd., 236) bieten, wirkt. Dies kann vereinzelt sogar soweit reichen, dass das Verhalten eines Kindes autistisch wirkende Züge annimmt.

Nicht selten kommt es infolge der schweren psychischen Belastung zu depressiven Verstimmungen und einem schwer gestörten Selbstwertgefühl.

Während sich das Kommunikationsverhalten und die Ängstlichkeit mit zunehmenden sprachlichen Möglichkeiten meist deutlich verbessert, bleibt die

Selbstwertproblematik dieser Kinder häufig über einen längeren Zeitraum bestehen.

Dies umso mehr, da die Kinder meist nicht, wie nach einer Kinderkrankheit in ihre frühere Lebenssituation zurückkehren können, sondern sich in veränderte



Lebensumstände einfinden müssen (vgl. ebd., 236). Häufig ist der Besuch ihrer ehemaligen Schule nicht mehr möglich, da sie spezielle Einrichtungen benötigen, die ihrer Störung gerecht werden (vgl. 4.1). Freunde der Kinder ziehen sich evtl. zurück oder die Kinder spüren, dass sie mit ihren gleichaltrigen Freunden nicht mehr ‚mithalten‘ können. Häufig geht der Kontakt, vor allem zu ehemaligen Klassenkameraden, jedoch auch einfach aufgrund der langen Rehabilitationszeit verloren. Aphasische Kinder sind dadurch von Gleichaltrigen zunächst meist isoliert. Die Isolation wird oft zusätzlich durch Kontaktprobleme verstärkt, die sich zum einen auf die sprachlichen Schwierigkeiten, zum anderen aber auch auf weitere Folgen der Hirnschädigung zurückführen lassen. Häufige Erwähnung in der Literatur findet die prognostische Beobachtung, dass soziale Beziehungen zu anderen Menschen oftmals nachhaltig beeinträchtigt bleiben, was sich v. a. im Jugendalter, in einer Phase in der sich die Jugendlichen in der Regel zunehmend vom Elternhaus lösen, als problematisch erweist (vgl. BIRKENBEIL 1995, 410).

RETT und SEIDLER (1981zit. n. ebd., 410) weisen darauf hin, dass die herabgesetzte Selbsteinschätzung aphasischer Kinder auch primär aus Erfahrungen resultieren können, die die Kinder mit ihrer Umgebung machen: Ungünstige Reaktionen seitens der Familie in Form unrealistischer Erwartungshaltungen tragen dazu bei, dass sich die Kinder überfordert fühlen, was dann zu Selbstwertproblemen führen kann (vgl. ebd., 410). Allerdings dürften auch Faktoren, wie das Störungsbewusstsein über verlorene Fähigkeiten eine große Rolle spielen (vgl. Baur 2003, 236).

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass typischerweise auch die Angehörigen der Kinder mitbetroffen sind. Vor allem die Eltern, aber auch Geschwister sowie das nähere Umfeld sind in den Prozess der Krankheitsbewältigung involviert und von den Kommunikationsproblemen sowie den psychosozialen Folgen ebenso betroffen wie das aphasische Kind selbst (vgl. TESAK 2002, 8).

Da der Aspekt der psychosozialen Situation im Kontext der Beschulungsproblematik bei Kindern mit Aphasie eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt, werde ich, wie bereits angedeutet, auf diesen im Verlauf des folgenden Kapitels nochmals speziell unter dem Blickwinkel der Beschulung Bezug nehmen.

## **4. Zur Problematik der Beschulung bei Kindern mit Aphasie**

Kinder mit Aphasie werden ab dem Zeitpunkt der Hirnschädigung infolge der zunächst stationären medizinischen Behandlung und der anschließenden Rehabilitation aus ihrer bisherigen Schule herausgerissen. Unterricht erhalten sie in dieser Zeit durch die den neurologischen Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen angeschlossenen Krankenhausschulen, welche als Durchgangsschulen konzipiert sind. Dort werden primär Voraussetzungen für die weitere schulische Förderung geschaffen, so dass am Ende der stationären Rehabilitationsphase die Frage nach der schulischen Wiedereingliederung des Kindes steht (vgl. STADLER 2006, 100). Aus zahlreichen Gründen gestaltet sich diese allerdings nicht selten problematisch. Welche Schwierigkeiten sich ergeben und wie sich die schulische Situation aphasischer Kinder in Deutschland letztlich darstellt, soll im Verlauf dieses Kapitels erörtert werden.

Zunächst wird jedoch resümierend dargestellt, inwiefern die aphasischen Symptome als auch die Begleiterscheinungen Hindernisse beim schulischen Lernen darstellen und somit in vielen Fällen eine Wiedereingliederung in die Herkunftsschule unmöglich machen.

### **4.1 Kindliche Aphasie und schulisches Lernen - Probleme bei der Wiedereingliederung in die Herkunftsschule**

Da sich die aphasischen Symptome sowie die Begleiterscheinungen typischerweise auf schulisches Lernen auswirken, haben die meisten Kinder mit Aphasie mehr oder weniger große Probleme, ihre begonnene Schullaufbahn weiter zu verfolgen. In der Literatur wird diese These durch eine Studie von HOFMANN STOCKER ( vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 68), in welcher Kinder, die zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr, d. h. während der ersten Schuljahre, eine Aphasie erworben hatten, am Ende ihrer Schulzeit nachuntersucht wurden, bestätigt. Aus der Untersuchung geht hervor, dass keines der untersuchten Kinder die vor der Hirnschädigung eingeschlagene schulische Laufbahn auf dem geplanten Weg fortsetzen konnte.

In Fällen, wo Kinder mit Aphasie an ihre ehemalige Schule zurückkehren, müssen Klassen häufig wiederholt werden und es ergibt sich die Notwendigkeit eines drastisch erhöhten Lernaufwandes, weshalb erhöhter Schulstress die Regel ist. Die Schulausbildung ist in diesen Fällen ohne Unterstützung von außen, die meist von den Eltern geleistet wird, kaum zu bewältigen (vgl. ebd., 69).

#### **4.1.1 Auswirkungen der aphasischen Symptome auf schulisches Lernen**

Im Gegensatz zu älteren Forschungen, welche die gute Rückbildung der alltagssprachlichen Kommunikationsfähigkeit betonen und die Langzeitfolgen kindlicher Aphasie eher unterschätzen, kamen neuere Untersuchungen einstimmig zu dem Schluss, dass in den meisten Fällen kindlicher Aphasie langanhaltende, schulbezogene sprachliche Schwierigkeiten, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, auftreten.

Trotz einer in der Regel guten Besserung der alltagssprachlichen Fähigkeiten, bleibt bei Kindern mit Aphasie in den meisten Fällen die Lernfähigkeit für sprachlich vermittelte Informationen erheblich eingeschränkt, was umso schwerer wiegt, als Bildung in den Regelschulen unseres Kulturkreises in hohem Maße, um nicht zu sagen fast ausschließlich über Sprache vermittelt wird (vgl. BIRKENBEIL 1995, 416). Nicht nur in den sog. sprachlichen Fächern, wie Deutsch und Fremdsprachen, sondern ebenso in fast allen anderen Fächern, wie z. B. Mathematik, Sachkunde etc. ist der Unterricht vorrangig auf eine sprachliche Vermittlung angelegt (vgl. BAUR 2003, 234). Auch Loew (2002, 25) skizziert die Problematik, dass während der Kindheit und Jugend ausbildungsbedingt Sprache und sprachlich bedingtes Lernen eine besonders große Rolle spielen und sprachliche Anforderungen mit steigendem Ausbildungsniveau zunehmen, was letztendlich dazu führt, dass eine Wiedereingliederung in die Herkunftsschule auch auf längere Sicht nicht immer möglich ist. Schwierigkeiten ergeben sich vor allem in folgenden Bereichen: Auf den ersten Blick fallen die in der Regel immer vorhandenen, schweren schriftsprachlichen Störungen auf. Da sich diese meist nur langsam bessern bzw. entwickeln, mit zunehmendem Schulalter jedoch fast jegliche Art des Wissenserwerbs bzw. schulischen Lernens über Lesen und Schreiben geschieht,

stellen sie im Hinblick auf das Weiterverfolgen einer normalen Schullaufbahn ein großes Hindernis dar (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 68 f.). Erschwerend kommt oft eine bleibende Beeinträchtigung metasprachlicher Fähigkeiten, welche beispielsweise für das Verständnis orthographischer oder grammatischer Regeln oder komplexer-sprachlicher Leistungen mit höheren kognitiven Anforderungen erforderlich sind, hinzu (vgl. BRAUN 2006, 156).

So ergeben sich häufig Schwierigkeiten im Textverständnis, die, wie die Tatsache, dass Unterrichtsinhalte primär verbal vorgetragen werden, im Hinblick auf schulisches Lernen enorme Probleme bereiten. Da es keine Langzeitstudien gibt, die den Werdegang aphasischer Kinder beschreiben, sei in diesem Zusammenhang auf eine katamnestiche Studie zur schulisch-beruflichen Entwicklung jugendlicher Aphasiker von HOFMANN STOCKER verwiesen: Jugendliche mit einer bereits weitgehend zurückgebildeten Aphasie gaben an, dass schulische Schwierigkeiten vor allem darin bestehen blieben, dem Unterricht zu folgen, Texte zu verstehen, das Wichtigste daran zu erfassen sowie sprachliche Informationen zu lernen (vgl. HOFMANN STOCKER 1991, 119). WIELAND et al. (2001, 36 ff.) erklären die unterrichtsbezogenen Probleme hinsichtlich des Verstehens und Lernens sprachlich vermittelten Schulstoffs folgendermaßen: Das Verstehen, welches zugleich die erste Stufe des Lernens darstellt, sei bei Aphasie vor allem deshalb gestört, da die sprachliche Verarbeitung während des Verstehens insgesamt verlangsamt ist. Betroffene benötigen dadurch vermehrt Zeit, sich auf neue sprachliche Mitteilungen oder auf ein neues Thema einzustellen, wodurch sie bereits Informationen verlieren. Zudem ist bei Aphasie meist die Kapazität des verbalen Kurzzeitgedächtnisses eingeschränkt, so dass die Grundlage für eine bedeutungsmäßige Verarbeitung der sprachlichen Informationen fehlt bzw. mangelhaft ist. Weiterhin bestehen oft große Defizite im abstrakten Wortschatz sowie Schwierigkeiten beim Erfassen von Referenzbezügen und komplexen syntaktischen Beziehungen. Das eigene Nichtverstehen wird von aphasischen Kindern selbst oft nicht bemerkt, was sich umso gravierender auswirkt, als Verständnisproblemen nur selten durch Nachfragen entgegengewirkt werden kann. Auch die zweite Stufe des Lernens, der Aufbau von inneren Repräsentationen der Lerninhalte, ist oftmals gestört: Kindern und Jugendlichen mit Aphasie fällt es häufig schwer, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und somit neue Informationen zu strukturieren bzw. zusammenzufassen.

Es ist also nicht verwunderlich, dass das Verstehen komplexer Zusammenhänge bzw. unbekannter Texte, wie es im schulischen Kontext oft erfordert wird, beeinträchtigt ist und sich beim Lernen sprachlich vermittelter Informationen, enorme Schwierigkeiten ergeben.

Analog treten oft auch gravierende Defizite im Bereich der Textproduktion auf, da aphasische Kinder meist auch überdauernde Schwierigkeiten bei der sprachlichen Darstellung bzw. beim präzisen Formulieren komplexer Zusammenhänge aufweisen. Auch die häufig persistierenden Wortfindungsstörungen stellen beim schulischen Lernen ein großes Hindernis dar.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass sich die meist langanhaltenden Probleme im schriftsprachlichen Bereich sowie die bestehenden Schwierigkeiten bei komplexeren sprachlichen Leistungen, wie der Textproduktion und dem Textverständnis, gravierend auf schulisches Lernen auswirken. Da Unterricht schon ab der Grundschule auf sprachliche Vermittlung angelegt ist, wird die Wiedereingliederung in die Herkunftsschule insbesondere durch die Beeinträchtigung des Verstehens und Lernens sprachlich vermittelter Informationen oft verhindert.

#### **4.1.2 Auswirkungen der Begleiterscheinungen kindlicher Aphasie auf schulisches Lernen**

Begleiterscheinungen kindlicher Aphasie stellen im Hinblick auf schulisches Lernen meist zusätzliche Erschwernisse dar und müssen daher bei der Frage bezüglich einer adäquaten Beschulung ebenso berücksichtigt werden wie die Auswirkungen der aphasischen Symptome selbst.

Apraktische Störungen stellen in Bezug auf schulisches Lernen insofern oft ein hinderliches Problem da, als Betroffene große Schwierigkeiten beim Planen und Gliedern bestimmter Handlungen haben. Kinder können bestimmte Aufgaben dann nicht in richtiger Reihenfolge ausführen, verlieren sich im Detail oder Erfassen eine Aufgabe nicht als Ganzes.

Auch durch eine Gesichtsfeldeinschränkung können sich, insbesondere für schriftliche Tätigkeiten, bei denen Kinder mit Aphasie ohnehin schon Schwierigkeiten

haben, zusätzliche Erschwernisse ergeben, da Wörter, Sätze, Texte, Rechenaufgaben o. ä. nicht vollständig wahrgenommen werden.

Weitaus gravierender für die zukünftige Schullaufbahn und bei Kindern mit einer relativ großen Häufigkeit vertreten sind die Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration. Sie können im Zusammenhang mit motorischer Unruhe, d. h. Hyperaktivität, allerdings auch isoliert auftreten. Sie äußern sich in der Unfähigkeit, sich bestimmten Ereignissen gezielt zuzuwenden bzw. sich auf wichtige Details zu konzentrieren ohne sich dabei durch andere Reize ablenken zu lassen. Darüber hinaus ist auch die Fähigkeit eingeschränkt, über einen längeren Zeitraum aufmerksam und konzentriert zu bleiben. Betroffene sind meist nur für kurze Zeit belastbar und ermüden rasch. Gerade in Regelschulen, wo die Möglichkeit für individuelle Lernpausen meist nicht in dem Ausmaß gegeben ist, wie betroffene Kinder sie benötigen, sind die Kinder schnell überfordert, was sich letztlich auch auf die Schulleistungen auswirkt (vgl. TESAK 2002, 48 ff.). PETER et al. (2001, 183) machen in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass Lernen für diese Kinder viel mehr Anstrengung kostet, weshalb sie auf viel Geduld und Toleranz seitens der Lehrkräfte angewiesen sind. In Regelschulen ist dies nur selten gewährleistet, zumal Aufmerksamkeitsstörungen häufig infolge von Unkenntnis anderweitig, z. B. als Problem der Motivation o. ä., interpretiert werden (vgl. BAUR 2003, 235).

Das Lernen wird oftmals zusätzlich durch Störungen von Gedächtnisleistungen erschwert. Beim Vorliegen einer Aphasie gilt das zwar vor allem für das verbale Gedächtnis, es kann jedoch auch eine generelle Schwäche beim Abspeichern und Behalten neuer Informationen auftreten (vgl. TESAK 2002, 50).

Im Gegensatz zur Erwachsenenaphasie gehen Aphasien bei Kindern häufig auch mit Störungen nonverbaler, kognitiver Leistungen einher, was es den Kindern erschwert bzw. unmöglich macht, ihre sprachlichen Defizite durch nichtsprachliche Leistungen zu kompensieren und somit die Wiedereingliederung in die Herkunftsschule in den meisten Fällen unmöglich macht bzw. bei der Wahl einer geeigneten Schule ebenfalls berücksichtigt werden muss (vgl. HOFMANN STOCKER 1992, 69). Relativ häufig treten Störungen der räumlich-visuellen Wahrnehmung auf, die sich im Schulunterricht vor allem in Mathematik bei der Wiedergabe geometrischer Figuren äußern (vgl. STADLER 2006, 99). Des Öfteren zu beobachten sind darüber hinaus auch Dyskalkulien, d. h. Rechenstörungen. Der Umgang mit Zahlen, der Einblick in

Rechenstrategien und das Verstehen von Rechenoperationen können dabei in sehr unterschiedlichem Maße beeinträchtigt sein. In den meisten Fällen kommt es außerdem zu einer generellen Verlangsamung, so dass für viele Tätigkeiten, insbesondere bei Lernanforderungen, mehr Zeit beansprucht wird. (vgl. TESAK 2002, 48).

Das Auftreten posttraumatischer Epilepsien muss im Unterricht ebenfalls beachtet werden und spielt vor allem bei der zukünftigen Wahl einer Ausbildung eine Rolle (vgl. STADLER 2006, 95). Auch die Einnahme von Antiepileptika kann sich, aufgrund von möglichen Nebenwirkungen, nachteilig auf die schulische Leistungsfähigkeit sowie das Verhalten und die psychische Befindlichkeit der Kinder auswirken. Schließlich gilt es noch, die Körperbehinderung als mögliche Begleiterscheinung zu betrachten. Auch sie muss im Hinblick auf die Frage bezüglich einer adäquaten Beschulung berücksichtigt werden.

Die relativ häufig auftretende Störung der Bewegungskoordination in Form einer spastischen Hemiparese führt zwangsläufig zu einer eingeschränkten Bewegungsfähigkeit und zieht somit für die betroffene Person entsprechende Veränderungen nach sich (vgl. KALLENBACH 2006, 64): In der Regel müssen alltägliche Tätigkeiten, wie Körperpflege, Essen, etc. nun vorrangig mit der linken Hand ausgeführt werden. Da immer die Feinmotorik und mit dieser meist gezielte Greiffunktionen beeinträchtigt sind, müssen Rechtshänder auch zum Schreiben auf Links umlernen, was für Kinder, die ohnehin schon Schwierigkeiten beim Schreiben haben, eine große Anforderung darstellt. Für einige Tätigkeiten, wie z. B. Essen, Schreiben, Malen, Basteln, Werken etc. werden oft Hilfsmittel benötigt. Da alle Körperbewegungen über die gesunde Seite ausgeführt werden, was zur Schiefhaltung des gesamten Körpers führt (vgl. ebd., 68), ergibt sich, um Sekundärschäden zu vermeiden, die Notwendigkeit bewegungstherapeutischer Maßnahmen. Dieser Aspekt ist bei der Beschulung insofern zu bedenken, als die Schule für Körperbehinderte als einzige Schule intensive Bewegungsförderung im Schulkonzept verankert hat und oft die optimale Möglichkeit eines therapieimmanenten Unterrichts bietet.



#### **4.1.3 Anforderungen an die Methodik des Unterrichts bei Kindern mit Aphasie**

Um Stress-, Versagens-, Frustrationserlebnisse beim Lernen zu vermeiden, ist es von enormer Wichtigkeit, die Auswirkungen der aphasischen Störungen sowie der Begleitsymptome im Unterricht zu berücksichtigen. Um Kindern mit Aphasie schulisches Lernen trotz der erschwerten Bedingungen in optimaler Weise zu ermöglichen, ergeben sich also spezielle Anforderungen an die Methodik des Unterrichts. Diese werden im Folgenden kurz skizziert, da auch dieser Aspekt die Wiedereingliederung in die Herkunftsschule oft erschwert.

Bezüglich der allgemeinen Unterrichtsmethodik gibt STADLER (2006, 103) zu bedenken, dass für Lernende mit neurologischen Beeinträchtigungen der Frontalunterricht weniger geeignet sei, „da er auf das Lernen hemmend wirken kann“ und bei einer großen Klassenstärke Schüler mit einer Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung überfordert. Eine fehlende soziale Einbettung des Lernens, zu welcher es bei zuviel Individualisierung in Form des Einzelunterrichts kommt, ist allerdings ebenso wenig förderlich, da es an aktivierenden Einflüssen von Mitschülern mangelt. Günstig erweist sich demnach ein aktivierendes Lehren und Lernen mit häufigem Wechsel der Sozialformen. Die Kleingruppenarbeit kommt im Besonderen dem Bedürfnis nach Überschaubarkeit und personaler Zuwendung entgegen und sichert gleichzeitig die soziale Rückbindung, welche aufgrund der enormen Lernanstrengung, die Kindern mit Aphasie oft aufbringen müssen, dringend erforderlich ist.

Ebenfalls aus diesem Grund sollte, auch wenn mit Hilfe eines Personal-Computers, der als Therapie-, Lehr- und Lernmedium bei Aphasie häufig eingesetzt wird, die Prozesse des Aufnehmens- und Übens von Unterrichtsstoff stark individualisiert werden können, computergestütztes Lernen zeitlich begrenzt und nur im Wechsel mit gruppenbezogenem Lernen durchgeführt werden.

Den besonderen Bedürfnissen aphasischer Kinder kommt zudem ein kleinschrittig geplanter, gut strukturierter und gegliederter Unterricht entgegen, denn „je berechenbarer und wieder erkennbarer die Unterrichtsformen in ihrer Bedeutung sind, desto mehr kann sich der Aphasiker auf die Erfassung des Inhalts konzentrieren“ (WIELAND et al. 2001, 36).

Um Schüler mit Aphasie das Verstehen sprachlich vermittelter Informationen zusätzlich zu erleichtern, ist es sinnvoll, unnötige Themenwechsel zu vermeiden,

d. h. Anweisungen ohne Unterbrechung darzubieten. Die Informationen sollten dabei allerdings mehrfach, wenn nicht sogar redundant angeboten werden. Generell erweist es sich als günstig, langsam zu sprechen, auf eine einfache und klare Ausdrucksweise zu achten und lange, komplizierte Satzgefüge zu vermeiden. Wo dies nicht möglich ist, sollten Pausen zwischen den Sinneinheiten eingelegt und das Verständnis gesichert werden (vgl. ebd., 36 f.).

Unterrichtsmaterialien sollten ebenfalls klar strukturiert sein: Unwesentliches sollte weggelassen und neben sprachlichen sind vor allem auch nichtsprachliche Kanäle anzusprechen. Beispielsweise wäre eine vermehrt bildliche Darstellungen der zu vermittelnden Informationen denkbar (vgl. HOFMANN STOCKER 1991, 123).

Nicht zuletzt ist es von immenser Bedeutung, dass Lehrer sowie auch Angehörige selbst mit kleinen Fortschritten des aphasischen Kindes zufrieden sind und es zum Wieder- und Neulernen stets ermutigen (vgl. ebd., 103 f.).

Inwiefern diese Aspekte im Rahmen eines Regelschulunterrichts zu realisieren sind, kann angesichts der zu Beginn aufgeführten Untersuchung von HOFMANN STOCKER sowie älterer Studien nur vermutet werden. Im Hinblick auf die Möglichkeit einer Wiedereingliederung der Kinder in ihre Herkunftsschule bzw. einer schulischen Integration, auf die ich innerhalb des nächsten Kapitels zu sprechen komme, wären Untersuchungen diesbezüglich sicherlich wünschenswert.

## **4.2 Die schulische Situation von Kindern mit Aphasie in Deutschland**

### **4.2.1 Probleme bei der Wahl eines geeigneten schulischen Förderorts**

Ziel ist es bei Kindern sowie auch Jugendlichen mit Aphasie die individuell bestmögliche Beschulung anzustreben. Dieses Vorhaben gestaltet sich allerdings nicht immer ganz einfach:

Augrund des oben erläuterten besonderen Förderbedürfnisses aphasischer Kinder, sprach sich SEEMANN schon 1955 dafür aus, dass bei der Rehabilitation von Kindern mit Aphasie spezielle Sonderklassen ideal wären. Auch wenn mittlerweile

Rehabilitationskliniken mit angegliederter Krankenhausschule speziell für hirngeschädigte Kinder existieren, stellt sich die anschließende schulische Wiedereingliederung für diese Kinder äußerst schwierig dar (vgl. BAUR 1003, 234): Schulen speziell für hirngeschädigte oder aphasische Kinder gibt es nicht. Außerdem ist Aphasie im Kindes- und Jugendalter – obwohl STADLER (2006, 98) darauf hinweist, dass „pädagogische Hilfen für Kinder und Jugendliche mit einem Hirntrauma ... Gegenstand der schulischen Sonderpädagogik“ sind – bisher an keiner Sonderschule konzeptionell verankert (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08).

Untersuchungen von HOFMANN STOCKER (1992, 68 f.) ergaben, dass die Schulkarrieren aphasischer Kinder sehr häufig auf reduziertem Niveau ablaufen und Klassenwiederholungen, Schulwechsel sowie Sonderbeschulung die Regel sind. Die in ihrer Studie untersuchten Kinder besuchten vorrangig Sonderschulen für Lern- oder Sprachbehinderte. BAUR (2003, 234) wiederum gibt an, dass Sprachheilschulen bei der Beschulung aphasischer Kinder meist überfordert sind, da diese, wie erwähnt, meist einen sehr differenzierten und individuellen Unterricht benötigen. Zudem ist auch hier der Unterricht, ähnlich wie in Regelschulen auf sprachliche Vermittlung angelegt, was sich für Kinder mit Aphasie als problematisch erweist. So würden aphasische Kinder üblicherweise an Sonderschulen für Körperbehinderte, Lernbehinderte oder auch an Schulen für Schwerhörige und Gehörlose untergebracht.

Ein großes Problem bei der Beschulung aphasischer Kinder besteht also darin, dass sich kindliche Aphasie in die bestehenden schulischen Strukturen zumeist nur unzureichend einordnen lässt, was in der Konsequenz zu Fehlbeschulungen führen kann. Diese Tatsache erweist sich umso gravierender, als eine inadäquate Beschulung bei Kindern lebenslange Folgen, insbesondere hinsichtlich beruflicher Möglichkeiten, haben kann (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08): Aufgrund von Unkenntnis wird in vielen Schulen auf die Symptome und Begleitscheinungen kindlicher Aphasie nicht angemessen reagiert, so dass die Kinder in der Folge eine oftmals unzureichende Förderung erhalten, die ihre vorhandenen Möglichkeiten nicht ausschöpft und somit verkümmern lässt.

BIRKENBEIL (1995, 417) zieht ausgehend von der skizzierten Problematik das Fazit, dass für aphasische Kinder eine speziell zugeschnittene Schulform nötig wäre, „die die Aspekte der Sprachbehinderung, der Körperbehinderung, der Lernbehinderung

und der allgemeinen psychomotorischen Ausfälle vereinigt“. Diese gibt es, wie schon erwähnt, in Deutschland bislang allerdings noch nicht.

Die Gründer des Projekts ‚Beschulung von Kindern mit Aphasie‘<sup>4</sup> (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08), die in Kontakt zu Eltern aphasischer Kinder stehen, geben an, dass die Erfahrung gezeigt hätte, „dass von den vorhandenen Sonderschularten die Körperbehindertenschule meist die am besten geeignete Schulform für Kinder mit Aphasie darstellt“. Dies vermutlich zum einen aufgrund der meist einhergehenden Körperbehinderung als auch zum anderen wegen der konzeptionellen Möglichkeit der Schule, Kinder verstärkt individuell zu fördern sowie in Abhängigkeit von ihrem individuellen Lernstand sogar nach unterschiedlichen Bildungsgängen zu unterrichten. Hinzu kommt, dass innerhalb einer Sonderschule für Körperbehinderte den speziellen Anforderungen an die Unterrichtsmethodik, wie sie sich aus dem speziellen Förderbedürfnis aphasischer Kinder ergeben, am ehesten nachgekommen werden kann.

Dennoch muss jedes Kind mit Aphasie in seinen individuellen Umständen gesondert betrachtet und die Frage, welcher der ‚beste‘ Weg zur Beschulung von aphasischen Kindern und Jugendlichen ist, unter den gegebenen bildungspolitischen Voraussetzungen im Einzelfall beantwortet werden.

Anzumerken bleibt in diesem Zusammenhang, dass die Entscheidung für eine Schulart nicht zwangsläufig für die gesamte Schullaufbahn gelten muss. Gerade aufgrund der bei Kindern sich über längere Zeit erstreckenden Spontanremission, gibt es immer wieder auch Fälle, wo sich die Symptomatik derart bessert, dass ein Kind, welches zunächst in einer Sonderschule beschult wurde, nach einer gewissen Zeit wieder an eine Regelschule wechseln kann.

---

<sup>4</sup> ‚Beschulung aphasischer Kinder‘ ist ein Projekt der ZNS-Hannelore-Kohl-Stiftung, das vom Bundesverband Aphasie e. V. durchgeführt und betreut wird. Es startete am 1. August 2007 mit einer Laufzeit von 28 Monaten und hat das Ziel, betroffene Kinder und deren Eltern bei der Wiedereingliederung ins schulische Leben zu unterstützen. Projektpfeiler bilden zum einen die bundesweite Informationsverarbeitung und Aufklärung über Aphasie im Kindes- und Jugendalter, zum anderen die exemplarische Erarbeitung konkreter Hilfen mit den Kultusministerien der Länder Bayern und Baden-Württemberg (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08). Auf erste Ergebnisse des Projekts werde ich unter 6. eingehen.

#### **4.2.1 Schulische Integration – eine Perspektive für Kinder mit Aphasie?**

Die Kultusministerkonferenz ermöglichte 1994 mit ihren ‚Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland‘ eine neue Sichtweise im Hinblick auf die Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, zu denen gemäß den obigen Ausführungen auch Kinder mit Aphasie zählen: Im Sinne des im Sozialgesetzbuch IX verankerten Rechts auf gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung soll die Erfüllung des jeweiligen sonderpädagogischen Förderbedarfs nicht an Sonderschulen gebunden sein; vielmehr gilt es anzustreben, dass diesem auch in allgemeinen Schulen vermehrt entsprochen wird. Dadurch ergäbe sich die Möglichkeit, dass Kinder mit Aphasie in allgemeinen Schulen, evtl. sogar wieder in der Herkunftsschule integriert werden könnten.

Die Option der schulischen Integration sollte allerdings hinsichtlich einiger Aspekte überdacht werden:

Eine Integration innerhalb der Herkunftsschule würde gewährleisten, dass die Kindern nicht aus ihrem sozialen Umfeld herausgerissen werden und den Kontakt zu ihren ehemaligen Freunden bzw. Klassenkameraden aufrecht erhalten können. Im Hinblick auf die psychosoziale Situation aphasischer Kinder, stellt dieser Aspekt einen nicht zu unterschätzenden Faktor dar, da Freundschaften sowie der Kontakt zu ehemaligen Mitschülern durch eine Aphasie oftmals abrupt gestört bzw. abgebrochen werden (vgl. 3.8). Die Bedeutung dieses Aspekts vergrößert sich umso mehr, als Schule neben der Vermittlung von Bildungsinhalten für Kinder auch die Funktion hat, ein Ort der Kommunikation zu sein, an dem Kontakte geknüpft und Freundschaften geschlossen werden (vgl. BIRKENBEIL 1995, 416). Wenn Kinder mit Aphasie hingegen in einer Einrichtung beschult werden, in der sie mit Kindern zusammen sind, die vielleicht ihren sprachlichen oder schulischen Leistungen entsprechen, nicht aber ihrem sonstigen emotionalen, sozialen etc.

Entwicklungsstand, kann Schule diese Funktion unter Umständen nur unzureichend erfüllen. Unter dem Blickwinkel psychosozialer Faktoren kann die Rückkehr in die ehemalige Schule andererseits auch ungünstige Folgen erzielen: Merken die Kinder, dass sie mit ihren gleichaltrigen Klassenkameraden in vielen Bereichen nicht mehr mithalten können und den Anschluss verloren haben, kann sich dies auf das durch

die Hirnschädigung oftmals ohnehin schon angeschlagene Selbstwertgefühl zusätzlich negativ auswirken (vgl. BAUR 2003, 236).

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass sich, auch wenn die Förderung der Integration im Bereich der Schule eine theoretische Fundierung hat, die Umsetzung in der Praxis in vielen Fällen schwierig gestaltet und noch nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08). Der speziellen Förderung bzw. Unterrichtsmethodik, der aphasische Kinder in vielen Fällen nicht nur infolge der sprachlichen Symptome, sondern auch aufgrund der Begleiterscheinungen bedürfen, können Regelschulen - u. a. auch wegen der meist großen Klassenstärke - daher nicht immer in der Intensität gerecht werden, wie sie von den Kindern erfordert wird. Oftmals scheitert das Vorhaben einer Integration auch schlicht daran, dass ein Schulbegleiter im Rahmen der sonderpädagogischen Individualhilfe zeitlich nicht in ausreichendem Umfang bewilligt wird. Eine Integration ist also nicht in jedem Fall sinnvoll und möglich.

Ob die Rückbeschulung in die Regelschule anzustreben ist, muss für jedes Kind individuell abgewägt werden. Sind Voraussetzungen für die Einschulung in die Regelschule nicht gegeben oder ist eine Überforderung der Kinder zu erwarten, „muss aphasischen Kindern die Möglichkeit der Förderung in einer speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Einrichtung erhalten bleiben“ (ebd.).

Das Ziel besteht also nicht in der Integration aphasischer Kinder in eine Regelschule ‚um jeden Preis‘, sondern in der Wiedereingliederung in eine Schule, die der jeweils individuellen Leistungsfähigkeit am besten gerecht wird (vgl. ebd.); auch wenn diese, wie unter 4.2.1 erläutert, oft schwer zu finden ist.

#### **4.2.3 Beschulungsprobleme aus der Sicht betroffener Eltern**

Die größte Problematik stellt sich für die Eltern, laut BIRKENBEIL (1995, 417), wenn es darum geht, wie die weitere Schullaufbahn ihres Kindes aussehen soll: Für die Mehrzahl der Eltern ist es nicht leicht, die Hoffnungen und Träume, die sie für ihr Kind gehabt haben, aufzugeben oder drastisch zu ändern. In einer derartigen Situation fühlen sich viele Eltern, als stünden sie vor dem Nichts. „Die ganze

Lebensplanung ist umgeworfen“ schrieb ein betroffener Vater in einem Forum für Eltern aphasischer Kinder<sup>5</sup> (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.08).

Nach der Erkenntnis, dass es das Beste ist, das Kind nicht zu überfordern, befinden sich Eltern auf der oft vergeblichen Suche nach einer geeigneten Schule für ihr aphasisches Kind. Da es scheinbar häufig an kompetenten Ansprechpartnern sowie entsprechenden Informationen mangelt, äußerten mehrere Eltern in dem oben erwähnten Forum ihre Sorgen und Nöte hinsichtlich der Beschulung ihrer Kinder bzw. berichteten über deren schulische Situation. Da es mir der Umfang der Arbeit leider nicht erlaubt die Erfahrungen mehrerer betroffener Familien systematisiert dazustellen, möchte ich zur Veranschaulichung der Elternperspektive die im Forum genannten Probleme an dieser Stelle doch wenigstens ausschnitthaft skizzieren; wohl wissend, dass die Darstellung eine repräsentative Umfrage nicht im geringsten ersetzen kann:

Die meisten der Eltern berichteten, dass ihr Kind in eine Sonderschule eingegliedert werden musste, da es „auf einer normalen Schule keine Chance“ gehabt hätte.

Eine Mutter, die selbst Heilpädagogin ist, berichtete, dass ihrer Tochter zunächst in einer Sprachbehindertenschule beschult worden sei, nach knapp einem Jahr jedoch erneut umgeschult werden musste, „da die Lehrerin nicht in der Lage war, sie ausreichend zu fördern.“ Das Problem, dass Sprachheilschulen mit der Förderung aphasischer Kinder in der Regel überfordert sind, wurde, wie unter 4.2.1 aufgeführt, auch schon von BAUR geschildert. Das betroffene Mädchen wurde anschließend, wie auch die Mehrzahl der im Forum vorgestellten anderen Kinder, in eine Körperbehindertenschule eingegliedert.

Während sich die Mutter des oben genannten Mädchens mit dieser Lösung zufrieden zeigte, berichteten andere Eltern, dass es zu Anfang ein großes Problem für sie gewesen sei, zu akzeptieren, dass ihr Kind nun zum Personenkreis der Kinder einer Körperbehindertenschule zähle: Eine Mutter gab beispielsweise an, sie habe „den Anblick nicht ertragen“, dass ihr Kind nun unter anderen Körperbehinderten sei. Ein Vater, dessen Sohn nach dem Unfall zwar wieder seine ehemalige Grundschule besuchte, allerdings von der dritten in die erste Klasse zurückgestuft wurde und auch dort noch gravierende Defizite im Bereich Lesen, Schreiben und Rechnen aufwies, gab ebenfalls an, dass er große Angst habe, „dass sie ihn als behindert in eine

---

<sup>5</sup> Das Forum ist Bestandteil des Projekts ‚Beschulung aphasischer Kinder‘.



Sonderschule geben wollen“. Zum einen äußerte er Bedenken, dass sein Sohn dort „untergehe“, da dieser „körperlich und geistig topfit“ sei und „dort mit schwerst körper- und geistigbehinderten Kindern konfrontiert“ werden würde. Seine Sorge lag zudem darin, dass sein Sohn diese Situation möglicherweise nicht verstehen könne, da es für diesen ohnehin schon schwer genug sei zu begreifen, „das nichts mehr so ist, wie vorher.“

Obwohl die Umschulung in eine Sonderschule für viele Eltern zunächst mit Schrecken behaftet ist, scheint die Mehrzahl der Kinder, laut Angaben der Eltern, damit keine Probleme zu haben. Lediglich eine Mutter schrieb: „Für Lisa ist das natürlich alles Sch...!“, was die Mutter aber auch auf den Umstand zurückführt, dass Lisa eine eineiige Zwillingschwester hat, die ihr täglich vor Augen führt, wie sehr sie sich veränderte hat.

In Fällen, wo eine Wiedereingliederung in die Regelschule stattfand, stellte sich die Situation gegenteilig dar: Die Mutter eines 16-jährigen Mädchens, das nach der Rehabilitation in eine Hauptschule eingegliedert wurde, schrieb, dass sich ihre Tochter die ganzen Jahre nur gequält habe, da sie „einfach nichts behalten“ konnte, wodurch sie in der Schule immer wieder Enttäuschungen habe erfahren müssen: Trotz großem Lernaufwand habe sie fast nur noch schlechte Noten erhalten. Hinzu kam, dass sie keinen Kontakt zu ihren Mitschülern habe aufbauen können. Das Mädchen selbst habe aufgrund der gesamten Situation nicht mehr zur Schule gehen wollen und sei sehr depressiv gewesen, so dass es die Mutter rückblickend bedauerte, ihre Tochter damals nicht in einer Sonderschule beschult zu haben.

Auch der Vater eines Jungen, welcher nach der Aphasie die sechste Klasse einer Regelschule (die Schulart wurde nicht erwähnt) wiederholte, berichtete von erhöhtem Lernstress, wie er auch schon von HOFMANN STOCKER (1992, 69) beschrieben wurde (vgl. 4.1.): „Ich bin beim Lernen mit Florian manchmal fast verzweifelt. Wir haben z. B. 14 Tage das gleiche gelernt. Jeden Tag aufs Neue. Dann dachte ich, jetzt hat er's. Doch am 15. Tag meinte er davon noch nie etwas gehört zu haben.“

Um eine adäquate Beschulung der Kinder zu gewährleisten und Fehlbeschulungen mit negativen Konsequenzen für die schulisch-berufliche Entwicklung und das Selbstwertgefühl der Kinder zu vermeiden, ist es unabdingbar, die Entscheidung über die schulische Wiedereingliederung eines aphasischen Kindes auf der Basis seines Förderbedarfs wie auch unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren zu treffen. In jedem Fall bedarf es also individueller Lösungsmöglichkeiten, wozu eine

eingehende Beratung der Eltern erforderlich wäre. Da die Bedürfnisse aphasischer Kinder gesellschaftlich bislang jedoch kaum thematisiert und in der Folge lange Zeit vernachlässigt wurden, fehlt es diesbezüglich oft an fachlich qualifizierten Ansprechpartnern. Auch diese Tatsache findet in den Äußerungen der Eltern aphasischer Kinder Niederschlag: „Aber keiner fühlte sich zuständig, uns irgendwie zu helfen.“, beklagte eine betroffene Mutter.

Die Elternberichte machen deutlich, dass aphasische Kinder sowie deren Familien oft vielen Belastungen ausgesetzt sind, mit denen sie häufig alleine dastehen. Es wäre im Hinblick auf die Zukunft also nicht nur nötig, Lehrer sowie andere Fachleute über Aphasie im Kindes- und auch Jugendalter zu aufzuklären, sondern betreffenden Kindern und deren Familien bei der schulischen Wiedereingliederung Informationen anzubieten als auch beratende Unterstützung zukommen zu lassen. Wie zu Beginn der Arbeit schon erwähnt, stellt die Erarbeitung konkreter Hilfen, wie sie im Rahmen des erwähnten Projekts „Beschulung aphasischer Kinder“ bereits intendiert wird, dabei einen ebenso wichtigen Aspekt dar, wie das Zusammenführen der Erfahrungen von Eltern und Fachleuten. In diesem Sinne möchte ich nun dazu übergehen, die Beschulungsproblematik von Kindern mit Aphasie anhand eines Fallbeispiels aufzuzeigen.

## **5. Leni, 9 Jahre: Ein Fallbeispiel zur Darstellung der Beschulungsproblematik bei Kindern mit Aphasie**

### **5.1 Angaben zu Person und familiärem Umfeld**

Leni wurde am 17.02.1998 geboren. Er hat einen älteren Bruder von 13 und einen jüngeren von drei Jahren.

Die Schwangerschaft, die Geburt sowie seine postnatale Entwicklung verliefen unauffällig. Vor dem Unfall hatte er keine wesentlichen Erkrankungen, an Kinderkrankheiten können bislang lediglich Windpocken verzeichnet werden. Auch Allergien sind keine bekannt.

Leni besuchte ab seinem dritten Lebensjahr den Kindergarten und wurde im September 2004 regulär in die Grundschule eingeschult. Da seine prämorbid Spracherwicklung sowie seine Schulleistungen unter 5.3 bzw. 5.4 genauer betrachtet werden, werden sie an dieser Stelle nicht eigens aufgeführt.

Leni wächst in einer Familie mit geregelter Tagesablauf auf. Der Vater ist leitender Angestellter, die Mutter ist kaufmännische Angestellte, arbeitet aufgrund der Betreuung des jüngsten Sohnes allerdings nur stundenweise. Die Eltern scheinen sehr engagiert und fürsorglich zu sein ohne jedoch überbehütend zu wirken.

Die Familie wohnt in einem Haus in einer dörflichen, kindgerechten Umgebung. Die Nachbarschaft ist, laut Mutter, sehr nett und hilfsbereit. Leni spielt, auch nach dem Unfall, noch häufig mit den Nachbarskindern auf der Straße. Sehr wichtig ist für ihn auch heute noch das Fußballspielen im örtlichen Fußballverein. Laut Mutter war er vor dem Unfall ein „begnadeter Fußballspieler“. Obwohl Leni ursprünglich Rechtshänder war, benutzte er beim Fußballspielen häufig den linken Fuß.

Lenis Verhältnis zu seinen Eltern ist, nach Aussagen der Mutter, sehr gut. Auch mit den Geschwistern gibt es, bis auf die sog. üblichen Streitigkeiten, keine größeren Probleme. Einen besonders guten Bezug hat Leni zu seinem Vater, an dem er sich häufig orientiert.

Zusammenfassend kann behauptet werden, dass Leni bis zu seinem Unfall eine glückliche Kindheit durchlief, in der er weder gesundheitliche oder materielle noch soziale oder emotionale Einschränkungen erfahren musste.

## 5.2 Unfallgeschichte und vorläufiger Befund

Am 31.05.2006 erlitt Leni, der zu diesem Zeitpunkt 8 Jahre alt war, einen schweren Unfall, welcher schlussendlich eine Aphasie zur Folge hatte.

Es waren Pfingstferien gewesen und Leni hatte den Tag mit Freunden auf dem Sportplatz der Grundschule beim Fußballspiel verbracht. Wie alle beteiligten Kinder im Nachhinein zugaben, war ihnen nach einer gewissen Zeit wohl langweilig geworden, weshalb sie auf ein nahe gelegenes Flachdach geklettert waren. Von dort aus hatten sie mit Steinen nach einer Gruppe Jugendlicher geworfen. Diese hatten zunächst versucht, die Jungen zu besänftigen, schließlich aber ebenfalls mit Steinen zurückgeworfen. Leni war dabei von einem der Steine getroffen worden, hatte das Gleichgewicht verloren und war schließlich rückwärts aus drei Meter Höhe auf Betonboden gestürzt. Er war sofort bewusstlos gewesen.

Die Kinder und Jugendlichen verständigten mittels eines ihrer Handys sofort den Notruf. Glücklicherweise agierten die Beteiligten, laut Mutter, derart schnell, dass Leni, als sie den Sportplatz erreichte, bereits mit dem Hubschrauber in die Klinik geflogen wurde.

Erste Untersuchungsbefunde in der Klinik ergaben ein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit zahlreichen Schädelfrakturen und Hirnblutungen: Neben einer Schädeldachfraktur und einer Fraktur des rechten Schläfenbeins mit Verlagerung von Knochenfragmenten in das Schädelinnere, hatte er eine Schädelbasisfraktur sowie eine Fraktur des Stirnbeins und eine komplexe Mittelgesichtsfraktur. An Blutungen lagen rechtshemisphärisch ein Subduralhämatom, eine Subarachnoidalblutung und eine Epiduralblutung vor, in der linken Hemisphäre kam es im Bereich des Schläfenlappens, wo u. a. die Hauptzentren des Sprachzentrums lokalisiert sind, zu einer Kontusions- d. h. einer Prellungs- und Quetschungsblutung. Durch einen operativen Eingriff wurde die Epiduralblutung ausgeräumt und der Hirndruck verringert. Leni wurde für sieben Tage in ein künstliches Koma versetzt. Da sein Zustand nach dieser Zeit relativ stabil schien, lies man ihn aufwachen. Er war sofort ansprechbar, verstand alles und konnte sich normal mitteilen. Weder seine Sprache noch seine Motorik waren beeinträchtigt. Er zeigte sich recht lebhaft und wollte, laut Mutter, sogar schon wieder aus dem Bett.

Die Ärzte teilten den Eltern mit, dass Leni nun das sog. Durchgangssyndrom erwarte, aufgrund dessen er starke Kopfschmerzen bekommen werde.

Zwei Tage, nachdem er aufgewacht war, wurde er von der Intensiv- auf die Kinderstation verlegt, wo es ihm nach Aussagen der Eltern zunehmend schlechter erging. Einen Tag nach seiner Verlegung, es war Wochenende, bekam er starke Kopfschmerzen, sprach immer weniger und registrierte seine Eltern kaum noch. Diese befanden sich im Schockzustand und nahmen an, dass die Symptome auf das Durchgangssyndrom zurückzuführen seien. Auch die Krankenschwestern und der Assistenzarzt waren ratlos. In der Nacht, berichtete die Mutter, bekam Leni eine Art Krampf, wonach er seine rechte Körperhälfte nicht mehr bewegen konnte, nur noch „vor sich hinstarrte“ und kein Wort mehr sprach. Weder das Pflegepersonal noch die Assistenzärzte vermuteten einen Schlaganfall, so dass, außer dem Ausschluss einer Hirnblutung mittels einer Computertomographie, zunächst nichts unternommen wurde. Erst nachdem das Wochenende vorüber und zwei Tage verstrichen waren, wurde eine Magnet-Resonanz-Tomographie gemacht, die von der Oberärztin lediglich mit den Worten „Wir hoffen, dass wir das Schlimmste verhindern können!“ kommentiert worden sei.

Lenis Eltern hatten im ersten Moment die Befürchtung, sie hätten nun ein schweremehrfachbehindertes Kind, das blind sei und sich nicht mehr bewegen könne. Erst der Chefarzt teilte den Eltern schließlich mit, dass Leni einen posttraumatischen Hirninfarkt erlitten habe, in Reha komme und wieder sprechen und laufen lerne. Laut Arztberichten wurde der Hirninfarkt durch eine sog. posttraumatische Dissektion der linken inneren Halsschlagader, der Arteria carotis interna, verursacht. Dies bedeutet, dass sich, bedingt durch das Trauma, die Membranschichten der genannten Arterie aufspalteten und dadurch eine Stenose, d. h. eine Verengung des Gefäßes verursachten. Da die Blutversorgung der Sprachzentren vorrangig über die Arteria media, die mittlere Hirnarterie, welche eine direkte Fortsetzung der Arteria carotis interna darstellt, erfolgt (vgl. BRAUN 2006, 136), erlitt Leni infolge des Schlaganfalls, neben einer rechtsseitigen spastischen Hemiparese auch eine ausgeprägte Aphasie:

Lenis Sprache war für 14 Tage komplett weg, d. h. er zeigte, wie dies für Kinder mit Aphasie typisch ist, einen sog. initialen Mutismus, der sich jedoch anschließend wieder langsam rückbildete. Anfangs wirkte er oft apathisch und schaute seine Eltern „fassungslos“ an, was die Vermutung von HOFMANN STOCKER (1992, 66), dass das

mutistische Verhalten aphasischer Kinder unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis auch psychische Komponenten beinhalten könne, bestätigen würde. Auch wenn Leni in den ersten zwei Wochen nichts sprach, hatte die Mutter das Gefühl, dass er sprachlich viel verstand; konkrete Anhaltspunkte gab es dafür aber nicht. Leni erkannte seine Bezugspersonen, seine zeitliche und räumliche Orientierung allerdings war zunächst stark eingeschränkt.

Der initiale Mutismus bildete sich nach zwei Wochen schließlich langsam zurück, Leni sprach jedoch immer noch sehr wenige Worte: Am häufigsten äußerte er „ja“. Selbst bei Fragen, die er mit „nein“ beantworten wollte, produzierte er zunächst automatisiert ein „ja“, verbesserte sich jedoch dann mit Hilfe von Gestik und Mimik. Laut Aussagen der Mutter war er in der Lage, kurze, einfache Fragen zu verstehen, wobei er sich jedoch vielfach an den Erfordernissen der Situationen sowie der Gestik und Mimik seiner Gesprächspartner orientierte. Leni wirkte insgesamt sehr in sich gekehrt und zeigte sich unsicher. Es war deutlich zu erkennen, dass er ein Störungsbewusstsein hatte.

Nach einer insgesamt einmonatigen Aufenthaltsdauer in der Klinik wurde er zur umfassenden Rehabilitation in ein Fachkrankenhaus für hirnverletzte und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche verlegt.

Da die aphasischen Symptome als auch die Begleitsymptomatik, wie im Vorfeld aufgezeigt, im Hinblick auf die schulische Wiedereingliederung eine zentrale Rolle spielen, werde ich den Verlauf bzw. das Erscheinungsbild von Lenis Aphasie, wie auch die Begleitsymptome, welche im Laufe der Rehabilitation zum Vorschein kamen, unter 5.5 ausführlich darstellen.

Da sich im Hinblick auf die Beschulungsproblematik, die sich bei Leni infolge der Aphasie ergab, möglicherweise bereits im Vorfeld Risikofaktoren bzw. kausale Zusammenhänge erkennen lassen, möchte ich innerhalb der zwei folgenden Kapitel jedoch zunächst sein Sprach- und Kommunikationsverhalten sowie seine Schulleistungen vor dem Unfall genauer betrachten.

### 5.3 Lenis sprachliche Entwicklung/ Sprach- und Kommunikationsverhalten vor dem Unfall

Lenis Muttersprache ist deutsch. Nach Angaben der Mutter verlief seine sprachliche Entwicklung normal. Im Kindergarten ersetzte er lediglich etwas länger als die übrigen Kinder den Konsonanten [k] durch [t]. Diesbezüglich wurde auch eine logopädische Therapie angedacht, die jedoch aufgrund der langen Warteliste nie wahrgenommen wurde. Laut Aussagen der Mutter stellte dies die einzige Auffälligkeit dar, welche sich zudem zum Schuleintritt ganz von alleine normalisierte. Weder grammatische noch semantische Schwierigkeiten waren zu beobachten. Lenis Wortschatz im halben Jahr vor dem Unfall schätzte seine Mutter als ganz normal bzw. durchschnittlich ein: Er war zwar nicht „extrem ausgereift“, jedoch auch auf keinen Fall reduziert.

Die Frage, ob sich hinsichtlich Lenis Kommunikationsverhalten Auffälligkeiten gezeigt hätten, verneinte die Mutter ebenso: Er sprach weder besonders häufig noch auffallend selten; das Ausmaß seiner Sprachaktivität war ganz normal. Auch hinsichtlich seines Sprachverständnisses bzw. seiner pragmatischen Fähigkeiten war ihr nichts Ungewöhnliches aufgefallen. Im Schulbericht der Grundschule wird erwähnt, dass er sich an Unterrichtsgesprächen beteiligte und seine Beiträge klar und sachbezogen formulieren konnte.

Es lässt sich also festhalten, dass Leni bis auf die wohl etwas verspätete Überwindung der Alveolarisierung des Konsonanten [k]<sup>6</sup> vor dem Unfall keine sprachlichen Auffälligkeiten zeigte, die auf eine Sprachentwicklungsstörung hinweisen würden, sondern eine relativ normale Sprachentwicklung durchlief.

---

<sup>6</sup> Hierbei handelt es sich um einen phonologischen Prozess, d. h. eine regelhafte Abweichung bzw. Vereinfachung, die bei Kindern in der Phase des Erwerbs des phonologischen Systems, auftaucht, jedoch in der Regel ab dem Ende des 4. Lebensjahres überwunden wird. Werden physiologische Prozesse verspätet überwunden bzw. persistieren über einen längeren Zeitraum, spricht man von einer phonologischen Störung.



## **5.4 Lenis schulischer Leistungsstand vor dem Unfall**

Nach Angaben der Mutter war Leni ein guter „Durschnittsschüler“. Da es jedoch, wie bereits erwähnt, nötig ist, seine Schulleistungen vor dem Unfall genauer zu betrachten, möchte ich die Aussage der Mutter im Folgenden konkretisieren.

Der Unfall geschah im 2. Halbjahr des 2. Schuljahres in der Grundschule. Lenis Schullaufbahn hatte also gerade erst begonnen, was bedeutet, dass der Erwerb der Kulturtechniken, wie Lesen, Schreiben und Rechnen zum Zeitpunkt des Unfalls noch nicht abgeschlossen war. Relevant ist hierbei vor allem die Tatsache, dass die schriftsprachlichen Fähigkeiten bei Leni noch nicht automatisiert abliefen. Dass dieser Aspekt einen Grund darstellt, weshalb sich die aphasischen Symptome bei Kindern, so auch bei Leni, insbesondere in den schriftsprachlichen Modalitäten niederschlagen, wurde unter 3.4.2 bereits erörtert. Inwiefern dieser Aspekt einen erschwerenden Faktor bei der schulischen Wiedereingliederung von Leni nach dem Unfall darstellte, wird unter 5.6.2 beschrieben.

### **5.4.1 Schriftsprachliche Fähigkeiten**

Leni kannte alle Buchstaben und konnte ihnen die passenden Laute zuordnen bzw. den Lauten die passenden Buchstaben. Er beherrschte die Phonem-Graphem-Korrespondenz, welche Voraussetzung für das Lesen und Schreiben fremder Wörter ist, also sicher.

Ungeübte Texte konnte er sinnerfassend erlesen. Lediglich bei fremd erscheinenden Wörtern geriet er hin und wieder ins Stocken.

Er war in der Lage, Wörter nach dem alphabetischen Prinzip, d. h. lauttreu zu verschriften. Aus dem Schulbericht der Grundschule geht hervor, dass er geübte Diktate meist fehlerfrei schrieb.

Darüber hinaus konnte er kleine Geschichten in einfachen, folgerichtigen Sätzen sowohl erzählen als auch aufschreiben.

Nach Aussagen der Mutter spielten schriftsprachliche Tätigkeiten für Leni außerhalb der Schule allerdings noch kaum eine Rolle. Hin und wieder wurde ihm zwar vorgelesen, von sich aus zeigte er allerdings nur geringes Interesse, selbst

Bilderbücher zu lesen oder etwas zu schreiben. Die Mutter führte dies auf seine noch nicht ‚ausgereifte‘ Lesefertigkeit zurück, was natürlich eine mögliche Erklärung darstellen könnte, jedoch im Kontext der infolge der Aphasie ohnehin schon schwierigen Beschulungssituation nach dem Unfall einen ungünstigen Faktor darstellen dürfte: Leni konnte evtl. nur wenige Erfahrungen sammeln, dass Lesen und Schreiben für ihn selbst bedeutsam ist und daher unter Umständen eine reduzierte Motivation haben, Lesen und Schreiben unter den erschwerten Bedingungen, wie sie bei kindlicher Aphasie vorliegen, wieder zu erlernen.

#### **5.4.2 Schulleistungen in Mathematik**

Lenis Schulleistungen in Mathematik waren, laut Schulbericht, recht gut. Er beherrschte alle bisher behandelten Aufgaben, d. h. Addition und Subtraktion mit und ohne Zehnerübergang im Zahlenraum bis 100 sicher. Auch Aufgabenumstellungen bereiteten ihm selten Schwierigkeiten. Multiplikation und Division waren vor dem Unfall erst in Ansätzen behandelt worden.

Gelegentlich hatte er Probleme beim Verstehen von Textaufgaben bzw. Rechengeschichten. Wie sich noch zeigen wird, weist Leni in Mathematik auch nach dem Unfall große Schwierigkeiten bei Textaufgaben auf. Dass die hier skizzierte Problematik jedoch bereits einen Risikofaktor darstellt, lässt sich bezweifeln. Es ist nahe liegender, anzunehmen, dass die Schwierigkeiten beim Verstehen von Rechengeschichten nach dem Unfall vorrangig auf die Aphasie bzw. auf die zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen im nonverbalen Bereich zurückzuführen sind.

#### **5.4.3 Lernverhalten**

Laut Schulbericht nahm Leni meistens mit Interesse am Unterricht teil. Während er in der 1. Klasse noch Schwierigkeiten zeigte, konzentriert zu arbeiten und sich oft durch unwesentliche Dinge ablenken ließ, hatte sich dies in der 2. Klasse zwar gebessert,

seine Ausdauer schwankte jedoch immer noch häufig. Seine Mutter erklärte, dass Leni vor dem Unfall zwar ein recht lebhafter Junge war, ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, wie dies nach dem Unfall auftrat, allerdings nicht vorlag. Er hatte keine Probleme, den Unterrichtsstoff zu erfassen und sich das Gelernte zu merken.

## **5.5 Rehabilitationsverlauf in der Kinderklinik Schömberg**

Die Kinderklinik Schömberg ist ein Fachkrankenhaus für hirnverletzte und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche im Schwarzwald, das sich auf die neurologische Frührehabilitation bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen spezialisiert hat. Die Rehabilitation fußt auf einer interdisziplinären Diagnostik, Behandlung und Förderung, d. h. die Kinder werden nicht nur medizinisch versorgt, sondern zudem je nach Bedarf auch ergo- und physiotherapeutisch sowie logopädisch betreut. Daneben sind der Klinik eine staatlich anerkannte Schule für Kranke sowie ein Schulkindergarten für Körperbehinderte angegliedert, in welchen die Kinder und Jugendlichen mit dem Ziel, sie auf ihre schulische Wiedereingliederung vorzubereiten, gefördert und unterrichtet werden (vgl. <http://www.kiklisch.de>, 13.07.08)

Leni wurde nach seinem Krankenhausaufenthalt zur weiteren Rehabilitation in die Kinderklinik Schömberg aufgenommen und dort fünf Monate stationär behandelt wie auch in der angegliederten Schule für Kranke unterrichtet. Leni selbst bezeichnete den Ort rückblickend als „Trainingslager“, in welchem er für die Schule wieder „fit gemacht“ wurde.

Die Veränderungen der Symptomatik während der Rehabilitation, welche den Verlauf sowie das Erscheinungsbild der Aphasie wie auch der Begleitsymptome beschreiben und somit den Ausgangspunkt bei der anschließenden Suche nach einer geeigneten Schule markieren, werden im Folgenden dargestellt.

### 5.5.1 Therapie der aphasischen Störung und deren Veränderung während der Rehabilitation

Leni erhielt während seiner Rehabilitation täglich 30 Minuten Logopädie.

Während er nach einer zweiwöchigen mutistischen Phase begonnen hatte, wieder einzelne, wenige Wörter zu produzieren, nahm der Umfang seiner Sprachproduktion im Laufe der Zeit immer mehr zu.

Anfangs war seine Sprache durch zahlreiche Perseverationen auf Laut-, Silben- und Wortebene, wie auch durch eine Vielzahl an Echolalien und Sprachautomatismen gekennzeichnet. Beispielsweise wiederholte er häufig, ohne jegliche Blockade, Lieder, Sprüche und Floskeln, an die er sich erinnerte oder welche er im Alltag hörte, was ihn, nach Aussage seiner Logopädin sehr belustigte. Spontanantworten wurden oftmals durch diese Sprachautomatismen beeinträchtigt. Darüber hinaus zeigte er massive Wortfindungsstörungen als auch semantische und phonologische Paraphasien. Um sich verständlich zu machen wick er häufig auf den Einsatz von Gestik und Mimik sowie deiktisches Zeigen aus. Sein Sprachverständnis, welches in Spielsituationen überprüft wurde, war zu Beginn deutlich reduziert. Lesen und Schreiben war ihm gar nicht mehr möglich.

Zur differentialdiagnostischen Abklärung wurde der Token Test, ein Untertest aus dem Aachener Aphasie Test (AAT)<sup>7</sup>, welcher als einzig normiertes Aphasiediagnostikum für Kinder und Jugendliche relativ trennscharf zwischen hirngeschädigten Kindern mit und ohne Aphasie unterscheidet (vgl. BIRKENBEIL 1995, 411), begonnen. Da Leni jedoch schon nach den ersten Aufgaben scheiterte, wurde der Test vorläufig abgebrochen.

---

<sup>7</sup> Der AAT ist ein standardisiertes Verfahren zur Diagnose von Aphasien. Beurteilt wird die Spontansprache auf sechs neurolinguistisch definierten Ebenen, welche zugleich die sechs Untertests repräsentieren: Spontansprache, Token Test, Nachsprechen, Schriftsprache, Benennen und Sprachverständnis. Der AAT biete die Möglichkeit der Differenzierung in Standard- bzw. Nicht-Standardsyndrome sowie der Beschreibung der aphasischen Störung auf verschiedenen linguistischen Ebenen und in verschiedenen Modalitäten. Mit dem Token Test lassen sich zudem Abgrenzungen zu nicht-aphasischen Störungen vornehmen und der Schweregrads der Aphasie beurteilen. Der AAT ist mit Ausnahme des Token Tests jedoch nur für Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren geeignet. (vgl. <http://www.testzentrale.de>, 14.07.08) Da für Kinder jedoch kein normierter Aphasietest existiert, wird der AAT aus ökonomischen Gründen auch oft bei Kindern angewandt. (vgl. BIRKENBEIL 1995, 411). Ob dies bei kindlicher Aphasie letztendlich zu verwertbaren Ergebnissen führt, bleibt jedoch in Frage gestellt.

In der logopädischen Therapie wurde mit dem sog. MODAK-Programm begonnen. Hierbei handelt es sich um ein Therapieprogramm zur Behandlung schwerer und mittelgradiger Aphasien mit Wortfindungsstörungen und Agrammatismus, welches von der Aphasietherapeutin Luise LUTZ entwickelt wurde. Ausgehend vom Hauptziel des Therapieprogramms, der Optimierung der Kommunikationsfähigkeit (vgl. LUTZ 1997), stellte die Verbesserung des Sprachverständnisses bei Leni den ersten Therapieschwerpunkt dar. Geübt wurden zunächst die Zuordnung von Wort und Bild sowie Satz und Bild. Anfänglich zeigte er dabei häufig Unlust und verweigerte die Mitarbeit, doch es gelang ihm anhand des MODAK-Programms nach und nach kleine Fortschritte zu erzielen:

Sein Sprachverständnis wurde zunehmend besser, so dass er in Dialogen und Situationen recht sicher Fragen beantworten konnte. Die Antworten mussten dabei allerdings vom Gegenüber formuliert werden, d. h. die Beantwortung einer Frage erfolgte seinerseits über die Annäherung an die Antwort mittels Ja- bzw. Nein-Äußerungen. Teilweise gelang es ihm, die Antwort dann in Ein- Zwei- oder Dreiwortäußerungen zu imitieren. Das Verständnis für abstrakte, komplexe Äußerungen konnte in dieser Zeit noch nicht abgetestet werden.

Das MODAK-Programm wurde in der Therapie sukzessive ausgeweitet:

Mit Hilfe einer Methode, bei welcher Lückensätze vorgegeben wurden, in denen das letzte Wort fehlte, wurde der Wortabruf geübt. Leni gelang es innerhalb dieser Übung die entsprechenden Zielwörter (Substantive und Verben), welche ihm zudem als Bildmaterial vorlagen, mit der Zeit immer sicherer abzurufen. Auch spontan versuchte er nun immer öfter Dialoge zu führen. Bei auftretenden Wortfindungsstörungen konnte ihm nun zunehmend über die Deblockierungsstrategie der Anlauthilfe geholfen werden, an welche er sich jedoch recht schnell gewöhnte und welche daher über einen gewissen Zeitraum die einzige Möglichkeit der Deblockierung darstellte. Da Leni bei dieser Strategie auf die Hilfe seines Gesprächspartners angewiesen war, wurden in der Therapie verstärkt andere Deblockierungsstrategien eingeübt, wie das Nennen semantisch ähnlicher Wörter, das Beschreiben des situativen Kontextes oder die Umschreibung des Zielwortes, deren Anwendung ihm gegen Ende der Rehabilitationsphase dann recht gut gelang. Sein Kommunikationsverhalten besserte sich insgesamt wesentlich, er erzählte immer mehr von sich aus und wusste insbesondere in Alltagssituationen nonverbale Hilfsmittel zu nutzen. Trotz anhaltender Wortfindungsstörungen und ausgeprägten

Paraphasien wurde seine Spontansprache deutlich flüssiger. Dennoch wies seine Sprache immer noch zahlreiche Floskeln und Wiederholungen auf; bevorzugte Äußerungen waren z. B. „Ganz toll!“, „Niemals!“ und „Voll cool!“.

Sein Sprachverständnis besserte sich zwar soweit, dass er adäquat lachen und sich ärgern als auch passende Antworten geben konnte, allerdings zeigte er noch große Probleme bei komplexen syntaktischen Strukturen. Schwierigkeiten ergaben sich insbesondere bei Sätzen, deren Sinnverständnis von Präpositionen, Passivkonstruktionen, Negationen, Zeitformen und Pluralmarkierungen abhing. Es fiel auf, dass er den Satzinhalt hauptsächlich über Signalwörter sowie den situativen Kontext entschlüsselte. Lesen und Schreiben gelang ihm nur vereinzelt bzw. bei ihm bekannten Wörtern, wie z. B. seinem eigenen Namen.

Im Verlauf der Rehabilitation zeigte sich, dass sich die aphasischen Symptome zwar langsam zurückbildeten und seine Spontansprache deutlich flüssiger wurde, er jedoch stark ausgeprägte Wortfindungsstörungen sowie Probleme beim differenzierten Sprachverständnis aufwies. Insgesamt waren Lenis Kommunikationsfähigkeit wie auch die Modalitäten Lesen und Schreiben immer noch erheblich eingeschränkt.

### **5.5.2 Die Begleitsymptome und deren Veränderung und Therapie während der Rehabilitation**

Erste standardisierte Testuntersuchungen mit der Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC)<sup>8</sup>, einem Individualtest zur Messung von Intelligenz und erworbenen Fertigkeiten bei Kindern im Alter von 2; 6 bis 12; 5 Jahre, zeigten, dass Leni auch erhebliche neuropsychologische Funktionseinschränkungen im nonverbalen Bereich

---

<sup>8</sup> In der K-ABC wird die Messung der intellektuellen Fähigkeiten von der Messung des Standes der erworbenen Fertigkeiten getrennt, um die unterschiedlichen Bereiche mentaler Leistung einzeln und im Vergleich miteinander erfassen zu können, weshalb sich der Test in eine Skala intellektueller Fähigkeiten und eine Fertigkeitenskala aufgliedern lässt. Weiterhin besteht die Möglichkeit anhand einer sog. Sprachfreien Skala eine Auswahl an Untertests aus der Skala intellektueller Fähigkeiten sprachfrei durchzuführen (vgl. <http://www.testzentrale.de>, 14.07.08). Ob und inwiefern davon bei Leni Gebrauch gemacht wurde und welche Ergebnisse er in den Skalen im Einzelnen aufwies, geht aus dem psychologischen Bericht der Rehabilitationsklinik nicht hervor.

aufwies. Seine kognitiven Leistungen entsprachen zunächst in fast allen Untertests den Leistungen von 3; 5 bis 6 Jahre alten Kindern. Besonders gravierende Schwierigkeiten zeigte er in der visuellen Wahrnehmung, im Erkennen komplexer Zusammenhänge sowie im logisch-schlussfolgernden Denken. Seine Leistungen beim Kategorisieren von Gegenstandsabbildungen lagen dagegen im Vergleich zu Gleichaltrigen in der Norm.

Trotz sehr guter Fortschritte, lagen seine kognitiven Leistungen auch am Ende der Rehabilitation noch weit unter der Altersnorm. Er zeigte ein relativ homogenes Leistungsprofil, das im Bereich einer Lernbehinderung anzusiedeln war. Gravierend beeinträchtigt waren zudem seine verbalen Lern- und Gedächtnisleistungen, seine Leistungen bei sprachfreien alltagsnahen Gedächtnisaufgaben hingegen waren meist durchschnittlich.

Hinzu kam, dass Lenis Aufmerksamkeit, wie auch Konzentration massiv beeinträchtigt war. Zu Beginn war seine Konzentrationsdauer auf 15 Minuten begrenzt und er zeigte vor allem in Anforderungssituationen ein recht impulsives und ungebremstes Verhalten. Durch Ritalin konnte zwar eine merkliche Verbesserung der Aufmerksamkeitsstörung und des Verhaltens bewirkt werden – beispielsweise äußerte er immer seltener provozierende Ausrücke und die Tendenz, durch Floskeln und Herumkaspern seine Defizite zu überspielen, nahm ab –, dennoch waren weiterhin eine reduzierte Impulskontrolle sowie eine erhöhte Ablenkbarkeit in Anforderungssituationen vorhanden: Auch gegen Ende der Rehabilitationsphase gelang es ihm selten, sich länger als 30 Minuten zu konzentrieren bzw. auf etwas einzulassen.

Aufgrund seiner Hemiparese bekam Leni zur Kontrakturprophylaxe und zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung seiner motorischen Fähigkeiten täglich Physiotherapie nach dem Bobath-Konzept. Er lernte während dieser Zeit frei zu laufen und sein Gangbild, das anfangs kleinschrittig und unsicher war, auszudifferenzieren. In der Ergotherapie, welche er ebenfalls täglich erhielt, sollte durch passive Bewegungen und unilaterale Übungen seine Arm- und Handfunktion gefördert werden. Da jedoch der Beugeonus in der Arm- und Handmuskulatur derart erhöht ist, gelang es nicht, die Greif- und Haltefunktion der rechten Hand wiederherzustellen. Leni lernte daher, viele Tätigkeiten, wie Essen, Pflege etc. mit links auszuführen. Außerdem absolvierte er ein Schreibtraining zum Umlernen auf



die linke Hand. Sowohl bei der Selbstversorgung als auch beim Schreiben kam er gegen Ende der Rehabilitation gut zurecht.

Während Leni anfangs häufig Heimweh hatte und oft weinte, wurde er kurz vor der Entlassung wieder als lebhafter und fröhlicher Junge beschrieben.

## **5.6 Zu Lenis schulischer Rehabilitation**

### **5.6.1 Lenis schulische Rehabilitation in der Krankenhausschule**

Leni besuchte seit Beginn seines Aufenthalts die der Klinik angegliederte Krankenhausschule. Diese ist als Durchgangsschule konzipiert und hat das Ziel, auf der Basis der individuellen Ausgangslage jedes Schülers Voraussetzungen für dessen weitere schulische Förderung zu schaffen sowie Hilfestellung zur Klärung der späteren Beschulung zu geben. Der Unterricht orientiert sich somit zwar auch an den Bildungsplänen der von den Schülern besuchten bzw. künftig voraussichtlich zu besuchenden Schule, knüpft jedoch in erster Linie an deren aktuellen Lern-, Handlungs-, Verhaltens- und Wahrnehmungsmöglichkeiten an (vgl. <http://www.kiklisch.de>, 13.07.08).

Da Leni anfangs noch nicht sehr belastbar und zudem leicht ablenkbar war, erhielt er zunächst täglich Einzelförderung von 15 bis 20 Minuten. Als sich sein Zustand mit der Zeit stabilisierte, wurden die Unterrichtssequenzen ausgedehnt und es wurde mit Gruppenunterricht begonnen. Während er zu Beginn neben psychomotorischen Übungen hauptsächlich lebenspraktischen Unterricht, wie z. B. Kochen, erhielt, wurde er nach einer gewissen Zeit auch wieder in den Fächern Musik, Sachunterricht und Mathematik unterrichtet und erhielt Förderung im Bereich des Schriftspracherwerbs. In allen Unterrichtsfächern war die Förderung bzw. der Wiederaufbau seines Wortschatz integrierter Bestandteil.

Im Bereich Mathematik wurde mit Leni im Zahlenraum bis 100 gearbeitet. Aufgrund der Aphasie hatte er oft Schwierigkeiten, Zahlennamen zu benennen. In diesen Fällen half er sich jedoch mit dem Aufsagen der Zahlenreihe ab eins oder er deutete auf die Position der gemeinten Zahl auf einem Hunderterfeld. Beim Verstehen der Zahlennamen zeigte er hingegen keine Probleme. Er war in der Lage Zehnerzahlen

zu addieren und konnte einfache Additionsaufgaben ohne Zehnerübergang selbstständig lösen. Additionsaufgaben mit Zehnerübergang sowie Subtraktionsaufgaben fielen ihm auch gegen Ende seines Besuchs der Krankenhausschule noch schwer.

Im Bereich der Schriftsprache waren aufgrund von Lenis Aphasie die deutlichsten Einbußen zu verzeichnen: Schreiben und Lesen gelangen ihm, wie schon erwähnt, nur sehr selten über die Ganzworterkennung, d. h. wenn es sich um Wörter handelte, die ihm bekannt waren, wie z. B. bei seinem Namen. Die Phonem-Graphem- bzw. Graphem-Phonem-Zuordnung war ihm gar nicht mehr möglich. Nach- und Abschreiben hingegen konnte er ohne Probleme. Diesbezüglich wurden graphomotorische Übungen zum Umlernen auf die linke Hand durchgeführt, wodurch sich sein Schriftbild schließlich wesentlich verbesserte.

Obwohl sich Leni gegen Ende auch während des Gruppenunterrichtes deutlich länger konzentrieren konnte und es ihm zunehmend leichter fiel, zu warten bis er an die Reihe kam, waren die Störungen in der Aufmerksamkeit und Konzentration immer noch gravierend: Er benötigte relativ häufig Pausen und reagierte in Anforderungssituationen häufig impulsiv.

Im Verlauf der Rehabilitation wurde außerdem sichtbar, dass Leni auch gegen Ende noch große Probleme in der Handlungsplanung aufwies: Seine eigenen Handlungen konnte er selbst noch nicht ausreichend kontrollieren, so dass er einen strukturierten Ablauf sowie eine intensive Betreuung benötigte, um bei der Sache zu bleiben.

### **5.6.2 Überlegungen hinsichtlich Lenis weiterer Beschulung**

Im Verlauf der Rehabilitation wurde klar, dass Leni nach seiner Entlassung nicht mehr ohne Weiteres die Regelschule würde besuchen können, weshalb die Krankenhausschule gegen Ende der Rehabilitationsphase zur Feststellung der besonderen Förderbedürftigkeit die Beratungsstelle der Schule für Körperbehinderte in L. einschaltete. Da die Eltern aber einer Beschulung in einer Körperbehindertenschule skeptisch gegenüberstanden und eine Wiedereingliederung in Lenis ehemalige Schule wünschten, fand zur Klärung von Lenis weiterer Beschulung zunächst ein intensiver Austausch zwischen

Krankenhausschule und Beratungsstelle statt. Dabei wurden verschiedene Beschulungsmöglichkeiten überlegt.

#### **5.6.2.1 Überlegungen zur Wiedereingliederung in die Herkunftsschule**

Im Schulbericht der Krankenhausschule war vermerkt, dass Lenis aphasische Symptome wie auch seine Einschränkungen im kognitiven Bereich trotz großer Fortschritte auch gegen Ende der Rehabilitation noch derart gravierend waren, dass sie eine Wiedereingliederung in die Herkunftsschule kaum realistisch erschienen ließen. Seine anhaltenden Probleme in der Aufmerksamkeit und Konzentration beeinträchtigten seine Lernfähigkeit noch zusätzlich. Hinzu kam, dass Leni auch schulisch, d. h. in den Fächern Deutsch und Mathematik, nicht mehr auf dem Stand eines Zweitklässlers war: Schreiben und Lesen konnte er, wie schon erwähnt, kaum noch und in Mathematik beherrschte er im Zahlenraum bis 100 nur noch einfache Additionsaufgaben ohne Zehnerübergang.

Obwohl also anzunehmen war, dass Leni bei den regulären Anforderungen der Grundschule überfordert wäre, wurde die Option, Leni in seine ehemalige Klasse wieder einzugliedern, auf Wunsch der Eltern diskutiert:

Gestützt auf die Aussage der Ärzte, dass bei einer Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, welche innerhalb der nächsten Monate als sehr wahrscheinlich angenommen wurde, durchaus eine Leistungssteigerung möglich wäre, hofften die Eltern, dass Leni im Laufe der Zeit doch wieder den Anschluss an seine ehemalige Klasse bekommen würde. Dagegen sprach, dass zwar eine allgemeine Verbesserung der Symptome zu erwarten, die Wahrscheinlichkeit, dass die Beeinträchtigung seiner neuropsychologischen Funktionen, insbesondere der Aufmerksamkeit und der Lern- und Gedächtnisleistung, anhaltende Schwierigkeiten beim schulischen Lernen verursachen werden, aber ebenso hoch war. Die Schwierigkeiten, die sich vermutlich durch seine Aphasie ergeben würden, wurden nicht aufgeführt.

Als weiteres Argument gegen eine Wiedereingliederung in die ehemalige Klasse wurde der Sachverhalt genannt, dass Lenis Leistungen „im Bereich einer Lernbehinderung“ lagen und er somit im Vergleich zu seiner ehemaligen Klasse, welche aus 27 Schülern bestand, leistungsmäßig weit zurück stand, weshalb er einen „komplett auf ihn abgestimmten Förderplan“ benötigt hätte. Dieser hätte in

Kooperation mit einem Sonderpädagogen und der ständigen Betreuung durch einen Schulbegleiter durchgeführt werden müssen, zumal Leni aufgrund seiner Probleme in der Handlungsplanung und seiner begrenzten Konzentrationsfähigkeit eine strukturierten Ablauf und somit eine intensive Betreuung benötigte, um bei der Sache bleiben zu können und nicht aufzugeben. Da ein Schulbegleiter im Rahmen der sonderpädagogischen Individualhilfe jedoch nur im Umfang von zwei Lehrerwochenstunden bewilligt worden wäre und die Bedingungen in der Grundschule, laut Aussagen des Schulleiters, insgesamt „sehr ungünstig“ waren, wurde diese Möglichkeit verworfen.

Mit dem Argument, dass Leni außerdem kognitiv recht schnell erschöpft war, häufig Pausen benötigte und durch die Hemiparese zusätzlich beeinträchtigt war, wurden die Eltern überzeugt, dass auch eine Umsetzung in die 1. oder 2. Klasse nicht sinnvoll erschien.

Schlussendlich wurde sich, mit dem Hauptargument, dass Leni mit der Geschwindigkeit und den Anforderungen der Regelschule nicht Schritt halten konnte, gegen eine Wiedereingliederung in die Herkunftsschule entschieden.

Obwohl ich alle genannten Aspekte für relevant halte und der Entscheidung gegen eine Wiedereingliederung ebenfalls zugestimmt hätte, wurden meines Erachtens jedoch die Auswirkungen von Lenis Aphasie auf sein schulisches Lernen innerhalb der Diskussion zu wenig berücksichtigt: Selbst wenn er geringere Konzentrationsprobleme gehabt hätte und die Bedingungen bezüglich der Kooperation mit einem Sonderpädagogen günstig gewesen und er einen Schulbegleiter zugesprochen bekommen hätte, wäre es notwendig gewesen, die Wiedereingliederung in eine Regelschule allein vor dem Hintergrund der aphasischen Symptome nochmals zu überlegen: Seine alltagssprachlichen Fähigkeiten hatten sich zwar erholt, doch er wies immer noch ausgeprägte Wortfindungsstörungen wie auch Probleme im differenzierten Sprachverständnis auf, wodurch seine Lernfähigkeit für sprachlich vermittelte Informationen erheblich eingeschränkt war. Eine Wiedereingliederung in eine Regelschule hätte einen kontinuierlichen Lern- und Leistungszuwachs mit hoher Wahrscheinlichkeit erschwert bzw. unmöglich gemacht, da der Unterricht dort, wie unter 4.1.1 ausführlich erläutert, vorrangig auf sprachliche Vermittlung angelegt ist.

Im Nachhinein bezeichnete die Mutter ihren anfänglichen Plan, Leni in seine alte Klasse wiedereinzugliedern, selbst als „unmögliches Vorhaben“. Im Vordergrund

ihrer Überlegungen standen vor allem soziale Aspekte: „Es war schwer, zu realisieren, dass Leni plötzlich eine Schule besuchen soll, in der hauptsächlich geistig schwerst behinderte Kinder sind. Das erstmal anzunehmen war ein schwieriger Prozess.“, beschrieb sie rückblickend die damalige Situation.

#### **5.6.2.2 Entscheidung für die Schule für Körperbehinderte**

Krankenhausschule und Beratungsstelle kamen zu dem Schluss, dass die Schule für Körperbehinderte zum damaligen Zeitpunkt am besten in der Lage zu sein schien, auf die Bedürfnisse Lenis einzugehen, zumal neben der schulischen Förderung auch noch physio- als auch ergotherapeutische und logopädische Behandlung vonnöten war. Ausschlaggebender Punkt war allerdings die Möglichkeit, dort, seinem individuellem Lerntempo entsprechend, in Kleingruppen unterrichtet zu werden. Als Alternative brachten die Eltern die Schule für Sprachbehinderte ins Gespräch. Nach einer Rücksprache mit dem Schulleiter der zuständigen Schule, stellte sich jedoch heraus, dass eine Beschulung von Leni zum damaligen Zeitpunkt in dieser Schulart nicht möglich war: Seine kognitive Leistungsminderung erforderte „zu spezielle Bedingungen“, denen man auch an dieser Schule nicht gerecht werden konnte.

Es wurde also die Förderbedürftigkeit im Sinne der Schule für Körperbehinderte festgestellt. Aufgrund seiner gravierenden Störung im schriftsprachlichen Bereich wurde eine Eingliederung in die 1. Klassenstufe geplant.

Da die Beschulung von Leni an einer Schule für Körperbehinderte für die Familie leichter zu akzeptieren war, wenn „die Zuordnung des Jungen zum Personenkreis der im Sinne der SfK förderbedürftigen Schüler nicht endgültig getroffen“ wurde, wurde der Besuch der Körperbehindertenschule allerdings zunächst zur Probe ausgesprochen. Gestützt wurde dieser Wunsch durch den Sachverhalt, dass sich Leni schließlich ja auch noch in der Remissionsphase befand und nicht abzusehen war, inwiefern er sich seinen Fähigkeiten vor dem Unfall wieder annähern könnte.

## **5.7 Zur Beschulungssituation von Leni an der Schule für Körperbehinderte in K.**

Leni wurde in die Schule für Körperbehinderte in K., eine staatliche Ganztagschule, welche zum damaligen Zeitpunkt von etwa 245 Schülerinnen und Schülern besucht wurde, eingeschult.

Wie an jeder Schule für Körperbehinderte wurden bzw. werden auch an dieser die Bildungsgänge der Grund- und Hauptschule, der Förderschule sowie der Schule für Geistigbehinderte angeboten. In der Konzeption weist die Schule für Körperbehinderte in K. allerdings eine Besonderheit auf, welche sie von anderen Körperbehindertenschulen zur Zeit noch gravierend unterscheidet und daher innerhalb eines Exkurses Erwähnung finden sollte.

### ***5.7.1. Exkurs: Besonderheiten der Konzeption der SfK in K. – das Blockteamkonzept***

Die Grundstruktur der Schule für Körperbehinderte in K. bildet das sog. ‚Blockteamkonzept‘. Es ist ein Organisationsmodell, das die Umsetzung gemeinsamen Unterrichts von schwerst- bzw. schwermehrfachbehinderten und leichter behinderten Schülerinnen und Schülern ermöglicht. Schüler und Schülerinnen mit schwerster oder schwerer Mehrfachbehinderung werden nicht in eigenständigen Klassen unterrichtet, sondern in eine Gemeinschaft mit den anderen Kindern ihrer Altersstufe eingegliedert.

Ein Blockteam, als zentrale pädagogische Organisationseinheit, besteht aus zwei Klassen mit jeweils fünf oder sechs Schülern, welche in benachbarten Klassenzimmern untergebracht sind. Die Schüler werden in Abhängigkeit von ihrer individuellen Lernausgangslage nach unterschiedlichen Bildungsplänen unterrichtet, so dass die Schülerzusammensetzung innerhalb eines Teams in den meisten Fällen sehr heterogen ist.

In jedem Blockteam arbeitet ein Team aus Sonderschullehrern, Fachlehrern für Körper- und Geistigbehindertpädagogik und Betreuern. Dieses entscheidet auf der Grundlage der individuellen Förderbedürfnisse der Schüler welcher Unterricht bzw.

welche Fördermaßnahmen in welcher Organisationsform stattfinden: Die Schüler werden entweder im gesamten Blockteam, in ihrer jeweiligen Klasse, in einer Kleingruppe oder einzeln unterrichtet. Orientierung bietet hierbei der Leitgedanke „So viel Gemeinsamkeit wie möglich, so viel Für-sich-sein wie nötig“ (<http://www.sfk-karlsbad.de>, 25.07.08).

Das Mitarbeiterteam trägt für drei Jahre die Verantwortung, dass jeder Schüler eine seinem Leistungsstand adäquate Förderung erhält, d. h. weder über- noch unterfordert wird.

Ob und inwiefern sich die konzeptionellen Besonderheiten bei der Beschulung von Leni als günstig bzw. ungünstig erwiesen, wird im weiteren Verlauf beleuchtet.

## **5.7.2 Lenis schulischer Werdegang an der SfK in K.**

### **5.7.2.1 Zur Klassen- und Unterrichtssituation**

Entgegen dem Plan, Leni aufgrund seiner schriftsprachlichen Defizite in die 1. Klassenstufe einzugliedern, wurde er zunächst in ein Team integriert, in welchem sich sechs Mädchen und vier Jungen im 2. Schulbesuchsjahr befanden. Die Mehrzahl der Kinder im Team war schwerst- oder schwermehrfachbehindert. Auch die übrigen Mitschüler waren ausnahmslos schwerer beeinträchtigt: Nur zwei Kinder des Teams konnten - und das auch nur mit Einschränkung<sup>9</sup> - sprechen. Eines der Kinder wurde zwar in den primären Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen unterrichtet, befand sich aber v. a. in Mathematik auf einem deutlich niedrigeren Leistungsniveau als Leni (Im Zahlenraum bis 7 erlernte es die Zuordnung von Mengen und Zahlen).

Zu Lenis täglichen Stundenplaninhalten zählten der Morgenkreis, an welchem alle Kindern des Blockteams teilnahmen, wie auch das gemeinsame Frühstück und Mittagessen. Zusammen mit einer Mitschülerin erhielt Leni dreimal pro Woche für ca. 45 bis 60 Minuten Förderung im Bereich des Schriftspracherwerbs, einmal wöchentlich wurde er mit Schülern eines anderen Teams 90 Minuten innerhalb einer Kleingruppe in Mathematik unterrichtet. Darüber hinaus wurde im Rahmen einer

---

<sup>9</sup> Eines der Kinder hatte eine Dysarthrie, das andere wurde künstlich beatmet.



Einzelförderung das Lesen einer analogen Uhr thematisiert. Der Unterricht in den Fächer Religion, Musik, Schwimmen und Sport fand wiederum gemeinsam mit allen Kindern des Blockteams statt. Darüber hinaus nahm Leni an einer Fußball- und einer Chor-AG teil.

Nach Aussagen der Mutter wurde Leni in diesem Team „komplett unterfordert“. In der Anfangsphase akzeptierten die Eltern dies, da Leni auf diese Weise „einen sanften Einstieg“ in das schulische Leben erhielt. Nach einer gewissen Zeit konnten die Eltern die Situation allerdings nicht mehr gutheißen: Es sei „absolut unmöglich, ein absolutes ‚No-Go‘“ gewesen. Die Lehrerin hätte sich zwar „punktuell bemüht“, aber es hätte „nicht ausgereicht“, berichtete die Mutter aufgebracht. Leni hätte wiederholt über längere Zeiträume kein einziges Arbeitsblatt mit nach Hause bekommen, in Deutsch hätte es weder eine Fibel noch ein Lesebuch gegeben. Er hätte „kaum richtigen Unterricht erhalten“ und „keine adäquaten Lernpartner“ gehabt. Auf Wunsch der Eltern und Empfehlungen der Kinderklinik Schömberg, Leni in einer Klasse von Kindern mit ähnlichem Leistungsniveau zu beschulen, wurde es Leni schließlich ermöglicht, zum neuen Schuljahr in ein anderes Team zu wechseln. Nach Aussagen Lenis späterer Klassenlehrerin sei von Anfang an klar gewesen, dass Leni im ersten Team „falsch“ beschult war. Das ‚besser geeignete‘ Team, in welchem sich Schüler mit ähnlichem Leistungsstand wie Leni befanden, war jedoch zu dem Zeitpunkt, als Leni neu in die Körperbehindertenschule eingegliedert wurde, „aus Kapazitätsgründen“ nicht in der Lage gewesen, einen weiteren Schüler aufzunehmen.

Das neue Team bestand aus zwölf Schülern, die sich, wie Leni, im 4. Schulbesuchsjahr befanden, d. h. „gleich alt“ waren. Wie im vorherigen Team wurden auch in diesem alle Kinder nach dem Bildungsplan für Geistigbehinderte unterrichtet. Jedoch befanden sich in Lenis Klasse<sup>10</sup> diesmal fünf Schüler, die laut Aussagen der Klassenlehrerin ein ähnliches Leistungsniveau wie Leni aufwiesen. Dennoch war das Leistungsspektrum, gerade in Mathematik und Deutsch, immer noch recht breit: Beispielsweise konnten drei der Schüler relativ gut lesen, während einer dazu gar nicht in der Lage war.

Zu den täglichen Stundenplaninhalten zählten auch in diesem Team der Morgenkreis sowie Frühstück und Mittagessen, an welchen alle Kindern des Blockteams

---

<sup>10</sup> Wie unter 5.7.1 bereits beschrieben besteht ein Blockteam aus zwei Klassen mit jeweils fünf oder sechs Schülern, die in benachbarten Klassenzimmern untergebracht sind.

teilnahmen. Leni erhielt nun aber gemeinsam mit den Schülern seiner Klasse vier Doppelstunden pro Woche Unterricht im Fach Deutsch, drei Doppelstunden pro Woche wurde er im Fach Mathematik unterrichtet. Einmal wöchentlich fand neben Sachunterricht auch Computerunterricht (Einführung in Word) statt. Weitere Fächer, wie Religion, Musik, Kochen, Bildende Kunst und Sport wurden im gesamten Blockteam unterrichtet.

Leni wurde während seiner Schulzeit an der SfK durchgängig nach dem Bildungsplan für Geistigbehinderte unterrichtet. Die Frage, wie die Entscheidung für den Bildungsplan ursprünglich zustande kam, zumal Leni im Gutachten zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs eine Lernbehinderung ‚attestiert‘ wurde, konnte weder die Klassenlehrerin noch der Koordinationslehrer beantworten („Das wissen wir nicht mehr!“). Auch mit den Eltern wurde die Entscheidung nicht abgesprochen („Wir wussten von nichts, als wir dann sein erstes Zeugnis in der Hand gehalten haben – da stand das mit dem Bildungsgang Geistigbehindertenschule – war das wie ein Schock.“). Das zweite Team übernahm diese Entscheidung jedoch ohne sie zu hinterfragen, da Leni ihres Erachtens die Anforderungen des Bildungsplans für die Förderschule zum damaligen Zeitpunkt „nicht altersadäquat erfüllen“ konnte.

Nach Aussagen der Mutter hätte die Klassenlehrerin einmal behauptet, dass sie Leni auch nach dem Förderschullehrplan unterrichten könne, allerdings hätte sie Leni dann Noten geben müssen, was ihrer Meinung nach für Leni ‚einen Schritt nach hinten‘ bedeutet hätte.

Da Physiotherapie aufgrund des Blockteamkonzepts hauptsächlich in den Unterricht integriert ist, erhielt Leni während seiner Schulzeit an der Körperbehindertenschule nur selten isolierte Physiotherapieeinheiten. Wenn, handelte es sich um Klangmassagen, die das Spüren der rechten Körperhälfte fördern sollten. Zur Förderung des Einsatzes beider Körperhälften wurde Leni in den Pausen das Fahren mit einem Stützfahrrad ermöglicht. Da er seine Hand weder zum Greifen noch zum Halten einsetzen kann, erhielt er im Unterricht Unterstützung durch Hilfsmittel: Zum Schreiben bekam er beispielsweise ein Klemmbrett sowie eine rutschfeste Unterlage, zum Schneiden konnte er eine Blockschere verwenden. Therapeutisch geübt wurde außerdem das Kleinschneiden des Mittagessens mit Hilfe von speziellem Besteck.

Logopädische Therapie erhielt Leni in der Schule nicht. Da es die Klassenlehrerin und die Mutter aber für sinnvoll erachteten, therapeutische Inhalte verstärkt in den Unterricht einzubauen, wurde gegen Ende des Schuljahrs eine Kooperation mit Lenis Logopädin, zu der er außerhalb der Schule in Therapie geht, angedacht. Zu einer Umsetzung des Vorhabens kam es allerdings nicht, da sich die Logopädin, nach Aussagen der Klassenlehrerin „nie gemeldet“ hatte. Eine spezielle Aphasietherapie fand innerhalb des Unterrichts also nicht statt, so dass sich die Förderung von Lenis mündlicher wie auch schriftlicher Sprache mit den Inhalten des Deutschunterrichts deckte.

Ambulant erhielt bzw. erhält Leni zweimal wöchentlich Ergotherapie, einmal pro Woche Logopädie und einmal Physiotherapie.

#### **5.7.2.2 Veränderung der aphasischen Symptomatik und Lenis schulischer Leistungen während seiner Beschulung im ersten Team**

Da ich Leni relativ kurz nach seiner Einschulung ins erste Team im Rahmen eines Blockpraktikums kennen lernte, möchte ich dieses Kapitel mit einem Exkurs beginnen, in welchem ich den Stand seiner Sprachleistungen zu Beginn seiner Beschulung an der Körperbehindertenschule ausführlich aufzeige, um dann mit der Veränderung seiner Symptomatik wie auch seiner schulischen Leistungen fortzufahren.

Wie bereits erwähnt, wurde er im Bereich des Schriftspracherwerbs gemeinsam mit einer Mitschülerin unterrichtet. Förderschwerpunkte, bis zu dem Zeitpunkt als ich ihn kennen lernte, waren die Erweiterung seines Wortschatzes anhand von Bildlexika sowie das Wiederholen von Großbuchstaben anhand eines Memory-Spiels mit Großbuchstaben. Um eine Überforderung zu vermeiden, so die Klassenlehrerin, wurde darauf verzichtete, Kleinbuchstaben zu thematisieren, was ich jedoch für fragwürdig hielt, zumal Leni aus seinem Schulbesuch in der Grundschule vereinzelt noch Kleinbuchstaben kannte.

Seine Konzentrationsdauer war, nach Aussagen der Klassenlehrerin auf ca. 30 Minuten begrenzt als auch tagesformabhängig.

## ***Exkurs: Erhebung Lenis aphasischer Symptomatik zu Beginn des Blockpraktikums***

### ***a) Ergebnisse des Aachener Aphasietests am 23.02.2007***

Im Rahmen einer tagesstationären interdisziplinären Einschätzung in der Kinderklinik Schöenberg wurde der Stand von Lenis Aphasie überprüft. Als Orientierung dienten die Untertestaufgaben des Aachener Aphasietest. Im Bereich der **Spontansprache** zeigte Leni gute Fähigkeiten über vertraute Themen zu sprechen. Sprachliche Stereotypen traten erst bei Konzentrationsabbruch auf. Seine Sprache ließ sich durch zahlreiche phonematische und semantische Paraphasien kennzeichnen. Besonders ausgeprägt waren die Wortfindungsstörungen, wobei er eigenständig Deblockierungsstrategien, wie das Umschreiben des Zielwortes oder das Nutzen einer Anlauthilfe, anwendete. Bis auf einige falsche Flexionsformen und den vermehrten Gebrauch von Funktionswörtern zeigte er syntaktisch keine Auffälligkeiten. Im **Token Test**, bei welchem geometrische Formen, verschiedene Farben und Größen gezeigt und zugeordnet werden müssen, zeigte Leni, insbesondere bei komplexen, mehrschrittigen Aufgabenstellungen, große Schwierigkeiten: Meist führte er nur eine Handlung aus. Während seine **Nachsprechleistungen** auf der Laut- und Wortebene sehr gut waren, fielen sie auf der Satzebene abrupt ab: Er ließ Satzteile komplett weg oder veränderte diese. Im Bereich der **Schriftsprache** zeigte er die gravierendste Störung. Seine Lesefähigkeit war bereits auf der Wortebene stark eingeschränkt: Einige Worte, deren Schriftbild er vermutlich auswendig gelernt hatte, konnte Leni ganzheitlich, nicht aber einzelheitlich lesen. Schreiben oder das Zusammensetzen von Buchstaben nach Diktat waren ihm ebenfalls nicht möglich. Beim **Benennen** von Abbildungen zeigte er insgesamt recht gute Leistungen. Mit zunehmendem Schweregrad (Komposita) traten jedoch verstärkt phonematische und semantische Paraphasien auf. Das Beschreiben von Situationen und Handlungen meisterte er wiederum mit großer Kreativität, verwendete sogar indirekte Rede und Nebensatzkonstruktionen. Sein **Sprachverständnis** war für Sätze leicht eingeschränkt. Beim Erschließen von unbekannten Wörtern zeigte er aber große Kompetenzen; Er wusste sich stets durch Nachfragen zu behelfen.

Im Vergleich zum Zeitpunkt seiner Entlassung hatte sich Lenis aphasische Symptomatik deutlich reduziert und seine Kommunikationsfähigkeit enorm verbessert. Neben stark ausgeprägten Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten beim Verständnis von komplexen Sätzen, wies er noch eine starke Beeinträchtigung seiner Lese- und Schreibfähigkeit auf.

### **b) Beobachtungen zu Beginn des Praktikums**

Meine Beobachtungen bezüglich Lenis mündlicher Sprache deckten sich im Großen und Ganzen mit den o. g. Beschreibungen: Vor allem beim freien Erzählen im Morgenkreis fielen phonematische Paraphasien („Karete“ anstatt Rakete) sowie Wortfindungsstörungen auf, aufgrund derer er häufig auf Redefloskeln auswich („Ich weiß nicht wie das heißt.“) oder Ersatzwörter verwendete („das Dings da“). Er war jedoch meistens auch in der Lage die fehlenden Wörter zu umschreiben (Lama: „Das Tier, das spuckt“).

Er schaute sich gerne Bildlexika an und fragte nach unbekannten Begriffen. Besonders gerne spielte er ein Lottospiel, bei dem es erforderlich war, die Mitspieler nach Begriffen zu fragen.

Während Leni die Reihenfolge des Alphabets problemlos aufsagen konnte, zeigte er massive Probleme, sich die Graphem-Phonem- wie auch die Phonem-Graphem-Korrespondenz zu merken. Die Lautsynthese beim Lesen gelang ihm recht gut, wenn ihm die entsprechenden Laute zu den Buchstaben einfielen. Problemlos und vollständig konnte er ein Wort auf dessen Phonemgehalt hin abhören; das Schreiben des Wortes war jedoch aufgrund der Beeinträchtigung der Phonem-Graphem-Korrespondenz kaum möglich. Einige Wörter, so z. B. die Namen seiner Mitschüler, konnte er lesen, wobei er sich die Wörter anhand der Ganzwortgestalt erschloss.

### **c) Betrachtung Lenis aphasischer Symptome vor dem Hintergrund der ausgewählten psycholinguistischen Modelle**

Unter Bezugnahme auf das Logogen-Modell (vgl. 3.5.1) kann angenommen werden, dass bei Leni eine Störung im Zugriff auf das *phonologische Ausgangslexikon* vorliegt, was seine Wortfindungsstörungen erklären würde: Er kennt die Bedeutung des Wortes, kann den relevanten Eintrag im phonologischen Ausgangslexikon aber nicht abrufen. Seine phonematischen Paraphasien ließen

sich entweder auf eine Störung bzw. eine unzureichende Spezifizierung im *phonologischen Lexikon* oder auf eine Beeinträchtigung der Auswahl der Phoneme im *phonemischen Buffer* zurückführen. Seinen semantischen Paraphrasen läge eine Störung im semantischen System zugrunde, aufgrund derer falsche Einträge ausgewählt werden.

Beim Lesen zeigte Leni das Bild einer Tiefendyslexie: Vermutlich war die einzelheitliche Leseroute gestört, was erklären würde, weshalb er die Graphem-Phonem-Konversion nicht beherrschte und somit ausschließlich bekannte Wörter lesen bzw. über die Ganzwortgestalt erfassen konnte. Erschwerend kam bei Leni hinzu, dass die Graphem-Phonem-Korrespondenz zum Zeitpunkt der Schädigung noch nicht gefestigt bzw. automatisiert war, da er sich mitten in der Phase des Schriftspracherwerbs befand.

Wie beim Lesen zeigte Leni auch beim Schreiben vorrangig Probleme mit der Phonem-Graphem-Konversion. Analog zur Tiefendyslexie zeigte er beim Schreiben somit das Bild einer Tiefendysgraphie, was bedeutet, dass er Wörter nur noch über die ganzheitliche Route schreiben konnte, wie beispielsweise seinen Namen. Typisch für die Tiefendysgraphie ist auch die Unfähigkeit, abstrakte Wörter oder Funktionswörter zu schreiben, was seine erst später zu Tage tretenden Probleme beim Schreiben von Sätzen (vgl. 5.7.2.3) erklären würde.

Einen guten Bezugsrahmen für das Verständnis von Lenis Schwierigkeiten im differenzierten Satzverständnis, die schulisch allerdings ebenfalls erst während seiner Beschulung im zweiten Team auffielen, stellt das Parallel-Interface-Modell von Friederici (vgl. 3.5.2) dar: Bei Leni waren vermutlich die syntaktische Ebene oder das morphologische Sublexikon gestört, weshalb er Probleme bei der grammatischen Analyse einer Äußerung und somit Schwierigkeiten beim Verständnis von Sätzen, deren Sinnverständnis von der genauen Analyse der syntaktischen Struktur abhing, aufwies.

In der Alltagskommunikation fiel die Beeinträchtigung nicht auf, da Leni Zusammenhänge mit Hilfe der Schlüsselwortstrategie als auch anhand von Gestik, Mimik, Intonation und Weltwissen, d. h. über generelle Verstehensstrategien erfasste, was zeigt, dass sein konzeptuelles System intakt war bzw. ist.

Da Leni trotz der Wiederholung aller Großbuchstaben gravierende Probleme mit der Phonem-Graphem-Korrespondenz aufwies, die phonematische Analyse eines Wortes wie auch die Lautsynthese aber beherrschte, wählte ich während meines Blockpraktikums als Förderschwerpunkt die Festigung der Graphem-Phonem-Korrespondenz. Anhand von ‚Buchstabenbildern‘ sollte sich Leni eine Merkhilfe schaffen: Zu allen Großbuchstaben des Alphabets<sup>11</sup> entwarf ich ein Bild, auf dem jeweils einer der Buchstaben entsprechend seiner Form in ein Tier oder einen Gegenstand, welcher mit dem entsprechenden Anlaut beginnt, integriert ist:



Da der Buchstabe in jedem Bild sowohl optisch als auch akustisch identifiziert werden kann, stellten die Bilder für Leni eine Erinnerungstütze dar, die ihm half, sich den Laut des jeweiligen Graphems besser zu merken.

Gleichzeitig wurde mit Leni das Lesen und Schreiben einfacher, lauttreuer Wörter mit klarem Konsonanten-Vokal-Wechsel geübt, so dass er gegen Ende des Blockpraktikums sowohl die Phonem-Graphem-Korrespondenz relativ sicher beherrschte als auch in der Lage war, lauttreue Wörter mit klarem Konsonanten-Vokal-Wechsel (wie z. B. Lama, Esel, Elefant, Telefon, Rakete, Limonade, Banane etc.) sowohl zu lesen als auch zu schreiben.

Obwohl seine Konzentration von seiner Tagesform abhing, war er bei abwechslungsreichen Methoden hin und wieder sogar in der Lage sich bis zu 90 Minuten zu konzentrieren.

In Mathematik rechnete er weiterhin im Zahlenraum bis 100 Additions- und Subtraktionsaufgaben ohne Zehnerübergang.

<sup>11</sup> Da Leni bisher nur die Großbuchstaben wiederholt hatte, verwendete ich während der Förderung innerhalb meines Blockpraktikums ebenfalls nur Großbuchstaben.



Im Laufe des Schuljahrs entwickelte Leni eine posttraumatische fokale Epilepsie. Die Anfälle traten immer dann auf, wenn er sich aufgrund von lauten Geräuschen erschreckte. Er wurde medikamentös eingestellt. Nach Aussagen der Klassenlehrerin und der Mutter wirkten sich jedoch weder die Anfälle noch die Nebenwirkungen der Antiepileptika in irgendeiner Weise auf seine Schulleitungen aus.

Dem Jahresbericht am Ende des Schuljahres ist zu entnehmen, dass sich seine kommunikativen Fähigkeiten während des Schuljahres stetig verbesserten und die Wortfindungsstörungen seltener wurden.

Gegen Ende des Schuljahrs wurden seine kognitiven Fähigkeiten zur Kontrolle erneut mit Hilfe der K-ABC überprüft. Während seine Leistungen im Bereich der Fertigkeitenskala aufgrund seiner Aphasie und der damit einhergehenden Beeinträchtigung schriftsprachlicher Fertigkeiten nicht ausgewertet werden konnten, waren seine intellektuellen Leistungen mittlerweile wieder im durchschnittlichen Bereich anzusiedeln.

#### **5.7.2.3 Veränderung der aphasischen Symptomatik und Lenis schulischer Leistungen während seiner Beschulung im zweiten Team**

Als Leni nach den Sommerferien schließlich in das neue Team kam, konnte er laut Aussagen der Klassenlehrerin „fast nichts“ lesen und schreiben, vor allem die Phonem-Graphem-Korrespondenz sei schwierig gewesen. Dies wunderte mich, da er gegen Ende des Blockpraktikums alle Großbuchstaben und Laute einander zuordnen sowie lauttreue Wörter schreiben und lesen konnte. Im Jahresbericht am Ende des Schuljahrs wurde ebenfalls erwähnt, dass Leni „allen Buchstaben des Alphabets die entsprechenden Laute zuordnen“ und „lautgetreue Wörter selbstständig erlesen“ konnte.

Einen möglichen Erklärungsfaktor könnte die mangelnde Wiederholung bzw. Übung in den Sommerferien darstellen, wodurch Leni vieles evtl. wieder vergaß. Diese Vermutung würde sich zumindest mit der bereits zitierten Aussage von EWING-COBBS (1985 zit. n. BIRKENBEIL 1995, 409) decken, nach welcher neu erlernte Bereiche, zu denen bei Kindern, die sich in der Phase des Schriftspracherwerbs befinden, auch die schriftsprachlichen Fähigkeiten zählen, recht störungsanfällig sind.

Lenis phonematische Differenzierungsfähigkeit war im Vergleich zu den meisten Schülern seiner neuen Klasse überragend gut. Während seine Mitschüler also Arbeitsblätter erhielten, auf denen sie An-, Mit- und Endlaut abgebildeter Begriffe bestimmen sollten, wurde mit Leni anhand der Arbeitsblätter zunächst sein Grundwortschatz erweitert. Darüber hinaus wurde die Phonem-Graphem-Korrespondenz gefestigt, so dass er sie im Laufe der Zeit sowohl für Groß- als auch für Kleinbuchstaben immer sicherer beherrschte. Gegen Ende bereiteten ihm nur noch die Diphthonge ai, au, ei, und eu Probleme.

„Während seiner Zeit im neuen Team“ machte Leni besonders im Lesen „riesige Fortschritte“: Geholfen hat ihm dabei, so die Klassenlehrerin, die Technik des Silbenlesens, welche er anhand eines Lesebuchs für die erste Klasse („ABC der Tiere“) erwarb. Gegen Ende seiner Schulzeit konnte er schließlich einfache Lesestücke erlesen. Das sinnverstehende Lesen wurde geübt, indem Fragen zum Text gestellt wurden. Während er anfangs weder mündlich noch schriftlich in ganzen Sätzen antworten konnte - meist antwortete er in Ein-Wort-Sätzen -, lernte er nach einer gewissen Zeit zumindest mündlich in Sätzen zu antworten. Hierbei entwickelte er allerdings eine Lösungsstrategie, an welcher er meist relativ stur festhielt: Er suchte den entsprechenden Antwortsatz aus dem Fibeltext heraus und gab ihn unverändert wieder. Dass Leni in der geschilderten Situationen nicht flexibel reagieren konnte und, laut Klassenlehrerin, versuchte „... alles in ein Schema zu pressen“, entspricht der unter 3.8 bereits erwähnten, bei aphasischen Kindern beobachteten Zwanghaftigkeit, die „... wie ein verzweifelltes Festhalten an Regeln oder Abläufen, die vorhersagbar und gewohnt sind und damit Struktur und Sicherheit ...“ (BAUR 2003, 236) bieten, wirkt.

Schreiben fiel Leni durchgängig deutlich schwerer gefallen, obwohl er auch diesbezüglich viel dazu lernte: Er schaffte es, einfache, geübte Wörter zu schreiben, eigenständige Sätze konnte er jedoch auch am Ende seiner Schulzeit an der Körperbehindertenschule nicht schreiben. Das Abschreiben von Sätzen bereitete ihm hingegen keine Schwierigkeiten. Er schrieb in Druckschrift, sein Schriftbild war „gleichmäßig und sauber“.

Beim Erzählen im Morgenkreis fielen immer noch seine Wortfindungsstörungen auf, er war aber in der Lage die fehlenden Begriffe zu umschreiben. Probleme bereitete ihm außerdem das Einhalten der Reihenfolge.

Schwierigkeiten zeigte Leni darüber hinaus im Verständnis sprachlich komplexer Zusammenhänge. Bemerkbar machte sich dies allerdings nur, wenn die Schüler im Deutschunterricht vorgelesene Passagen einer Lektüre nachspielen sollten: Leni erfasste zwar meist „den groben Rahmen“, nicht aber „die Feinheiten bzw. Details“ der Geschichte, was, wie unter 3.4.1 schon erwähnt, für Kinder mit Aphasie nicht untypisch ist.

Auch in Mathematik wies Leni aphasielbedingte Schwierigkeiten auf: Insbesondere das Verständnis von Textaufgaben wie auch der Umgang mit Zahlennamen waren beeinträchtigt. Er rechnet im Zahlenraum bis 100. Trotz häufiger Zahlendreher kannte er die Zahlen, konnte sie in eine Stellenwerttafel eintragen, mit Material darstellen als auch Vorgänger und Nachfolger bestimmen. Additions- und Subtraktionsaufgaben mit Zehnerübergang konnte er schließlich mit Hilfe von Anschauungsmaterial lösen. Insgesamt fiel jedoch auch hier auf, dass er häufig an einer Lösungsstrategie festhielt und ihm flexibles Denken schwer fiel.

Obwohl sich seine Aufmerksamkeitsstörung durch Ritalin gut besserte, war seine Konzentration während des gesamten Schuljahres immer noch tagesform- und -zeitabhängig: An einigen Tagen konnte er sich, obwohl verschiedene Ereignisse hätten Ablenkung bieten können, ausdauernd mit einer Aufgabe beschäftigen, an anderen Tagen hingegen gar nicht. Nachmittags war, nach Aussagen der Klassenlehrerin „fast nichts mehr möglich, außer Computer“.

Zwar benötigte er häufig ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung, um eine Sache zu Ende bringen zu können, dennoch war er meist sehr motiviert. Laut seiner Lehrerin hatte er Spaß am Lernen, da er merkte, dass es ihn „weiterbringt“; „... er wollte weiter kommen.“

Da an der Schule die Möglichkeit einer individuellen Förderung gegeben war, wirkten sich die aphasischen Symptome sowie die Begleitsymptomatik letztlich, trotz der zahlreichen Lernprobleme, die sie verursachten, nicht derart auf Lenis schulisches Lernen aus, wie es in einer Regelschule vermutlich der Fall gewesen wäre.

#### **5.7.2.4 Lenis psychosoziale Situation während seiner Schulzeit an der SfK in K.**

Leni lebte sich relativ schnell in das erste Team, in das er nach seiner Rehabilitation eingegliedert wurde, ein. Er ging interessiert auf seine neuen Mitschüler zu und zeigte sich hilfsbereit. Obwohl er keine direkten Freundschaften knüpfte, hatte er

stets einen Spielpartner, mit dem er in den Pausen Tischkicker oder Fußball spielen konnte. Seine damalige Klassenlehrerin hatte den Eindruck, dass er gerne in die Schule kam.

Nach Aussagen der Mutter befand sich Leni zu Beginn seiner Schulzeit an der SfK in einem „Zustand“, in dem er gar nicht richtig realisierte, was mit ihm passierte. „Mit der Zeit kam es dann, dass er nur geweint hatte.“ Insbesondere gegen Ende des Schuljahres zeigte er häufig Sehnsucht nach seiner ehemaligen Schule bzw. Klasse. „Er guckte oft wehmütig, wenn wir an seiner alten Grundschule vorbeigefahren sind“, berichtete seine Mutter. Allerdings „redete“ Leni „da nicht drüber“, sondern machte „viel mit sich selbst“ aus. Der Kontakt zu den meisten seiner ehemaligen Schulkameraden war durch die lange Rehabilitationsphase abgebrochen. Seine Schulklasse hatte ihm währenddessen zwar Briefe geschrieben, „aber es war, wie das bei Kindern so ist: Aus den Augen aus dem Sinn.“

Unterstützung und Halt gab ihm in dieser Zeit und gibt ihm nach wie vor die Freundschaft mit zwei Jungen aus der Nachbarschaft. „Die waren für ihn ein richtig gutes Netz, das auch nach dem Unfall gehalten ... und ihn aufgefangen hat.“ Der Kontakt zu beiden blieb erhalten, Leni spielt mit ihnen, nach Aussagen der Mutter, auch nach dem Unfall immer noch gemeinsam „auf der Straße“. Einen ebenso wichtigen Stellenwert für Leni nimmt in diesem Zusammenhang das Fußballtraining im örtlichen Fußballverein ein. „Dort sieht er seine Freunde, er darf mittrainieren, trotz seiner Hemiparese. Das gibt ihm viel. Klar, er kann nicht an großen Turnieren teilnehmen, wie früher. Er hat aber trotzdem Erfolgserlebnisse.“

In das neue Klassenteam, in das Leni wechselte, lebte er sich, laut Klassenlehrerin, „relativ gut“ ein. Obwohl Lenis Mitschüler diesmal eher seinem Leistungsstand entsprachen, er Kontakt zu ihnen suchte und hilfsbereit war, war es „mit Freunden ... eher schwierig.“ Die Klassenlehrerin führt dies zum einen darauf zurück, dass seine Mitschüler bereits seit drei Jahren zusammen waren, was es Leni erschwerte, in die Schülergruppe „reinzukommen“. Einen weiteren Grund, weshalb Leni innerhalb der Klasse „keine richtigen Freundschaften“ ausbilden konnte, sieht sie aber auch darin, dass sich Lenis Interessen eindeutig von denen seiner Mitschüler unterschieden: Während sich Leni eher für Sport und Fußball interessierte, waren seine Mitschüler „durch die Bank eher Tierliebhaber“. „Die meisten haben sich für Sachkunde-Themen interessiert und das war absolut nicht Lenis Ding.“ Dennoch war Leni akzeptiert und die Schüler fanden auch öfter „eine gemeinsame Basis“, z. B. beim Playmobilspiel.

Da Leni auch innerhalb des neuen Teams „einer der Fitteren“ war und seine Mitschüler ebenfalls eingeschränkt waren, stellten die aphasischen Symptome selbst keinen Faktor dar, der sich negativ auf den Kontakt bzw. Umgang mit seine Mitschülern ausgewirkt hätte: „Seine Spontansprache war recht gut“ und „Paraphasien waren auch eher seltener.“

Insbesondere in der letzten Zeit, als bei seinen Freunden aus dem Fußballverein der Wechsel auf die weiterführende Schule verstärkt thematisiert wurde, machte sich Leni, nach Aussagen der Mutter immer wieder „Gedanken“. Beispielsweise habe er manchmal gefragt: „Mama, kann ich wieder auf die Grundschule gehen?“, „Wieso bin ich zwischen denen<sup>12</sup>?“ oder „Mama, schaff ich's auch mal aufs Gymnasium?“

Lenis Klassenlehrerin wiederum berichtete, dass er während seiner Schulzeit im zweiten Team nichts geäußert hätte, was darauf schließen ließ, dass er seine ehemalige Grundschulklasse vermisse – im Gegenteil: „Als seine Mutter kam und ihn wegen seiner guten Fortschritte in eine normale Schule umschule wollte, hat er deutlich mit Stresssymptomen reagiert.“ Er sei während dieser Zeit in manchen Momenten „kaum noch ansprechbar“ gewesen.

Welche Gefühle Leni diesbezüglich tatsächlich erlebte, obliegt mir nicht zu beurteilen. Zusammengenommen geben beide Schilderungen aber relativ gut das Gefühlsspektrum wider, das bei Kindern, die sich in einer solchen Situation befinden, vorstellbar und wahrscheinlich ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Leni während seiner Schulzeit an der SfK zwar Schwierigkeiten hatte, Freundschaften zu knüpfen und der Prozess der Unfallverarbeitung, in welchem er sich befand und wahrscheinlich immer noch befindet, nicht ohne Folgen für seine psychosoziale Situation blieb, Anhaltspunkte für eine tief greifende Selbstwertproblematik jedoch weder am Anfang noch am Ende seiner Schulzeit an der Körperbehindertenschule existierten:

Seine Mutter bezeichnete ihn insgesamt als ein optimistisches und lebensfrohes Kind: Er zeigte immer wieder, dass er sich auch über kleine Erfolge freuen konnte.

Auch wurde Leni bislang nicht therapiemüde, obwohl er durch die ambulanten Therapien, die er neben der Schule erhält „sehr eingespannt“ ist; meist geht er dort gerne hin. Darüber hinaus traut er sich, trotz seines Störungsbewusstseins, die Bewältigung altersentsprechender Aufgaben, wie z. B. einen Einkauf beim Bäcker, zu.

---

<sup>12</sup> Gemeint waren seine Mitschüler an der Körperbehindertenschule.

Für die Eltern ist es „ein Phänomen“, wie Leni mit der Situation umging bzw. umgeht. „Er ist sowieso eine so starke Persönlichkeit, er hat alles gut verkraftet, in der Klasse, er hat sich angepasst, er hat es angenommen, hat sich mit den Kindern dort auch angefreundet. Ohne diese Eigenschaft hätte er all das gar nicht so gut überstanden“, resümierte die Mutter rückblickend.

### **5.7.3 Beschulungsprobleme aus Sicht von Lenis Eltern und deren Beurteilung aus Sicht der Lehrer der SfK in K.**

Nachdem die Zeit im ersten Team, welche von Lenis Eltern als problematisch beschrieben wurde (vgl. 5.7.2), vorüber war und Leni in ein anderes Team wechseln konnte, „fing“, laut Lenis Mutter, zunächst „alles gut an“: „...man sah, da tut sich mehr als im ersten Team.“ Jedoch war auch dies ihres Erachtens immer noch „absolut zu wenig“: Leni lebte sich zwar gut in seine Klasse ein und ging auch gerne in die Schule, jedoch ruhte er sich, auf den Anforderungen, welche die Eltern als zu gering empfanden, eher aus. „Er liebte es, was er da alles hatte: Schwimmen, Fußball-AG, Klettern, PC...“. „Das war Fun, das hätte er über Jahre weiter machen können!“ Die Mutter hatte das Gefühl, dass er, wenig gefördert, insgesamt sogar eher „gebremst“ wurde, so dass die Eltern, trotz sichtbarer Fortschritte, den Eindruck hatten, dass sein schulisches Lernen stagnierte.

Aus diesem Grund äußerten sie mehrmals den Wunsch, dass Teile der Schulzeit, v. a. des Nachmittagsunterrichts, für eine zusätzliche Förderung seiner Lese- und Schreibfähigkeiten genutzt werden, was jedoch nicht machbar gewesen wäre.

Aufgrund der langen Schulzeiten und der vielen Therapien war auch an außerschulischen Nachhilfeunterricht nicht zu denken.

So kamen Lenis Eltern letztendlich zu dem Schluss, dass die Schule für Körperbehinderte in K. dem Förderbedarf von Leni nicht gerecht werden kann: „Die Möglichkeiten dort sind einfach begrenzt.“ In diesem Zusammenhang war es der Mutter jedoch auch sehr wichtig zu betonen, dass sie – die Eltern – nicht übersehen hatten, dass sich die Lehrer sehr engagierten und bemühten. Ebenso war ihnen bewusst, dass viele von Lenis Mitschülern ebenfalls „extremen Betreuungsaufwand“

benötigten, weshalb sie „Verständnis“ hatten, dass nicht nur auf Lenis Bedürfnisse Rücksicht genommen werden konnte.

Während Lenis Eltern der Ansicht waren, dass Leni an einer anderen Schulart besser gefördert werden könne, sahen sowohl die Klassenlehrerin als auch der Koordinationslehrer in der Körperbehindertenschule den adäquaten Förderort für Leni. Zum einen konnte er nach einem individuellen Förderplan unterrichtet zu werden, was an vielen anderen Schularten sicherlich nicht möglich wäre. Zum anderen stellten die Bedingungen im zweiten Team für Leni eine „optimale“ Situation dar, da er zumindest in den Hauptfächern in einer Kleingruppe von fünf Schülern unterrichtet werden konnte: So bekam er die Aufmerksamkeit, die er zum Lernen benötigte und hatte gleichzeitig „Lernpartner, d. h. er war in einer Gruppe Kinder untergebracht.“ Weiterhin gab seine Klassenlehrerin zu bedenken, dass „dieser ewige Wechsel“ (erst von der Grundschule an die SfK, dann der Wechsel in das zweite Team) für Leni möglicherweise auch eine psychische Belastung darstellen dürfte, zumal er in der Zeit, in der die Mutter einen Schulwechsel begann, in Betracht zu ziehen, wie bereits erwähnt, mit starken Stresssymptomen reagiert habe. Ob und inwiefern die Schule für Körperbehinderte in K. aus meiner Sicht einen geeigneten Förderort für Leni dargestellt hätte, wird unter 5.9 diskutiert.

## **5.8 Lenis Umschulung an eine private Förderschule für Erziehungshilfe**

Die unter 5.7.3 aufgeführten Gründe veranlassten Lenis Eltern, sich auf die Suche nach einer alternativen Schulart zu begeben. Ihr Ziel bestand darin „für Leni – im Rahmen seiner Möglichkeiten – den bestmöglichen Förderort zu bekommen“.

Lenis Klassenlehrerin an der SfK in K. hätte diesbezüglich zunächst „nur Bedenken“ geäußert. Von der Beratungsstelle fühlten sich die Eltern sogar „gebremst“, weshalb sie sich mit ihrem Vorhaben anfangs eher zurückhielten. Obwohl ihnen bewusst war, dass es schwer ist, einen „individuellen Förderort“ zu suchen, ergriffen sie nach einer gewissen Zeit schließlich die Initiative und erkundigten sich nach verschiedenen Schulen; so auch nach einer Privatschule, welche während Lenis Rehabilitationszeit



von einem Pfleger der Kinderklinik in Schömberg erwähnt worden war. Es handelte sich um eine junge Schule, die noch im Aufbau begriffen und als freie Förderschule und Schule für Erziehungshilfe staatlich genehmigt ist.

Lenis Mutter besuchte einen Informationsabend der Schule und vereinbarte ein Gespräch mit dem Schulleiter, welcher Leni auf Anhieb die Möglichkeit offerierte, schon mitten im Schuljahr, nach den Pfingstferien, an die Schule zu wechseln. Obwohl die Lehrer der SfK in K. einer Umschulung skeptisch gegenüber standen, entschieden sie sich nach diversen Gesprächen „der Familie keine Steine in den Weg zu legen, wenn diese den Versuch machen möchte, einen anderen Förderort zu suchen.“ Allerdings stimmte das Lehrerteam dem Wechsel nur unter der Bedingung zu, dass Lenis Aufnahme an der neuen Schule bis zum Schuljahresende auf Probe ausgesprochen wurde: Nach Aussagen der Klassenlehrerin bestand die Befürchtung, dass Leni an der neuen Schule einer Überforderung ausgesetzt ist. Zudem wurde bezweifelt, dass es innerhalb seiner neuen Klasse möglich sei, auf seine Lernschwierigkeiten adäquat Rücksicht zu nehmen.

Wie viele andere Eltern aphasischer Kinder (vgl. 4.2.3), beklagte auch Lenis Mutter den Mangel an Beratungsangeboten und kompetenten Ansprechpartnern. Sie betonte mehrfach, dass sie bei ihrer Suche nach einer geeigneten Schule keinerlei Unterstützung erhalten haben: „Wir waren praktisch auf uns selbst gestellt.“ „Dazu musste man sich durchsetzen und eine starke Persönlichkeit sein.“

Das Resultat habe sich aber gelohnt: „Wir sind mit der neuen Schule alle übergücklich!“ Bezüglich Lenis schulischer Leistungen hätten sie von der neuen Schule zudem bisher „nur positives Feedback“ erhalten.

Auch wenn dadurch schon vorgegriffen wird, gilt es an dieser Stelle zu erwähnen, dass, nach Ablauf der ‚Probezeit‘, seitens des Lehrerkollegiums tatsächlich keine Einwände gegen eine weitere Beschulung Lenis an der privaten Förderschule für Erziehungshilfe sprechen, so dass Lenis Umschulung aktuell nur noch der Genehmigung durch das zuständige Oberschulamt bedarf.

### **5.8.1 Exkurs: Zur Konzeption der Schule**

Die Schule befindet sich in freier Trägerschaft, ist aber als Ersatzschule durch das Regierungspräsidium genehmigt, was bedeutet, dass der Lehrplan so gestaltet ist, dass er dem Bildungsplan der öffentlichen Schulen gleichen Typs gleichwertig ist.

Die Schule befindet sich, wie bereits erwähnt, noch im Aufbau und vereint zwei Sonderschultypen: Die Förderschule und die Schule für Erziehungshilfe mit den Bildungsgängen Förderschule sowie Grund- und Hauptschule.

Darüber hinaus orientiert sich die Schule an dem Lehrplan der Waldorfschule, da sie die Waldorfpädagogik als wichtige Quelle ansieht, um pädagogisches Handeln zu befruchten.

Das Kollegium setzt sich aus Sonderpädagogen mit 2. Staatsexamen, Waldorflehrern und Fachlehrern, die eine zertifizierte Zusatzausbildung in den Bereichen Musik-, Tanz- und Gestalttherapie, Spiel- und Theaterpädagogik oder Heilpädagogik aufweisen, zusammen.

Damit die Schüler ein Rüstzeug erhalten, selbstbestimmt am kulturellen Leben teilnehmen und einen Platz in der Gesellschaft wie auch im Berufsleben finden zu können, besteht das übergeordnete Ziel der Schule darin, in den Schülern Lernen als lebenslange Tugend zu veranlassen. Damit die Schüler erleben können, dass Lernen Spaß macht und sich lohnt, ist es ein Anliegen der Schule, Erziehung und Unterricht ganzheitlich zu gestalten, weshalb ‚Lernen mit Kopf, Hand und Herz‘ konzeptionell verankert ist.

In den Klassen sind Schüler des gleichen Jahrgangs zusammengefasst. Jede Klasse wird von einem Klassenlehrer oder einer -lehrerin betreut.

Die Klassenstärke beträgt vier bis neun Schüler. Jeder Schüler wird auf der Basis eines individuellen Förderplans, welcher gemeinsam mit den Eltern erarbeitet wird, unterrichtet. Darüber hinaus verzichtet die Schule auf ‚Sitzenbleiben‘ und Ziffernnoten.

Zur Zeit bestehen die Klassenstufen eins bis sechs, nach der 9. Klasse können die Schüler die Schule mit dem Abschluss der Förderschule verlassen. Der Hauptschulabschluss muss vorerst noch als Schulfremdenprüfung abgelegt werden (vgl. <http://www.raphaelschule-pforzheim.de>, 24.07.08).

## **5.8.2 Zur schulischen Situation von Leni an der neuen Schule**

### **5.8.2.1 Zur Klassen- und Unterrichtssituation**

Leni besucht eine 4. Klasse, in die außer ihm noch drei weitere Kinder gehen. Diese selbst haben, laut Aussagen der Mutter, eine Lernverzögerung oder leiden unter dem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, d. h. an ADHS.

Alle Schüler der Klasse, so auch Leni, werden nach dem Lehrplan der Förderschule als auch dem der Waldorfschule unterrichtet. Jeder Schüler hat einen individuellen Förderplan, der gemeinsam mit den Eltern erarbeitet wurde. Da die Lehrpläne „sehr offen“ und „auf Praktisches bedacht“ sind, haben die Lehrer, nach Aussagen von Lenis Klassenlehrerin, „eine große Freiheit zu schauen, was jeder einzelne Schüler braucht.“

Der Schultag beginnt um 07.45 und endet um 13.00 Uhr.

Neben dem sog. Epochenunterricht, in welchem über einen Zeitraum von drei bis fünf Wochen ein Fach im Mittelpunkt steht, erhalten die Schüler im sog. Offenen Unterricht, welcher täglich zwei Stunden stattfindet, eine besonders intensive Förderung in den primären Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen. Weitere Unterrichtsfächer sind Sport, Musik, Religion, Handarbeit, Handwerk, Historik, Sachkunde und Eurythmie. Letzteres ist ein Bewegungsfach und stellt eine Besonderheit innerhalb der Waldorfpädagogik dar.

Während der Epochenunterricht und der Fachunterricht mit allen Schülern der Jahrgangsklasse stattfindet, werden beim Offenen Unterricht jahrgangsübergreifende, kleine, leistungshomogene Lerngruppen gebildet (vgl. ebd.). Die am häufigsten praktizierten Sozialformen in Lenis Klasse sind Einzel- bzw. Stillarbeit, während der die Schüler meist Arbeitsblätter bearbeiten, Frontalunterricht als auch Gruppenarbeit. Partnerarbeit ist, so Lenis Klassenlehrerin, mit den Schülern aktuell noch nicht möglich.

### **5.8.2.2 Lenis bisheriger Schulleistungsstand an der neuen Schule**

Da Leni erst seit ca. 1,5 Monate an der neuen Schule unterrichtet wird, können bezüglich seines schulischen Leistungsstandes zwar keine detaillierten Aussagen getätigt werden, es lässt sich aber behaupten, dass seine Leistungen den

Anforderungen des Förderschullehrplans, wie er an dieser Schule Umsetzung findet, genügen.

In Mathematik erlernt Leni zur Zeit Bruchrechnen, wobei er, laut Klassenlehrerin, keine Schwierigkeiten aufweist. Auch in Sport, Sachunterricht, Religion und Musik kommt er gut mit. In Englisch, das den Kindern hauptsächlich über Lieder und Spiele vermittelt wird, ist er „gut reingekommen“.

Lesen kann Leni, nach Einschätzung seiner Klassenlehrerin, „relativ gut“. „Er liest mit Betonung und sinnverstehend.“ Zur Zeit wird das sinnverstehende Lesen anhand von Textfragen und Lückentexten aber noch weiter geübt.

Beim Schreiben „spricht er sehr leise und schwach“. Wörter kann er zwar alphabetisch verschriften, da jedoch auch seine Mitschüler beim selbstständigen Schreiben offenbar Schwierigkeiten haben, arbeitet die Lehrerin „viel mit Abschreiben.“ Zudem werden „den Schülern ... Ganzwörter beigebracht, damit sie es leichter haben zu lesen.“ Durch das Diktieren von geübten Wörtern versucht die Lehrerin selbstständiges Schreiben anzubahnen. Grammatik- und Rechtschreibregeln wurden bislang noch nicht thematisiert.

Obwohl Leni „sehr sehr ehrgeizig“ und häufig „sehr streng zu sich“ ist, benötigt er insgesamt viel Zeit, Übung und Wiederholung. Um sich nicht zu überfordern und dadurch möglicherweise zu frustrieren, muss er aber gleichzeitig auch lernen, seinen eigenen Anspruch gegenüber sich selbst zu relativieren.

Bei frontalen Unterrichtssituationen beteiligt er sich gerne und häufig, in Stillarbeitsphasen hingegen zeigt er noch Schwierigkeiten, selbstständig zu arbeiten. „Leni vergisst die Methoden ganz schnell wieder.“ Ein Förderschwerpunkt, der jedoch alle Kinder der Klasse betrifft, liegt somit aktuell darin, den Kindern „eine gute Methodenkompetenz“ zu vermitteln, um bei den Schülern Voraussetzungen zum Lernen zu schaffen.

### **5.8.2.3 Auswirkungen der Aphasie und der Begleitsymptome auf Lenis schulisches Lernen und deren Berücksichtigung an der neuen Schule**

Lenis Klassenlehrerin kannte weder das Störungsbild der kindlichen Aphasie („Aphasie – ist das das mit dem Arm?“), ebenso wenig war sie informiert, dass Leni seit dem Unfall eine ‚Sprachstörung‘ hatte. Den Umstand, dass Leni Schwächen beim freien Erzählen und enorme Probleme beim Schreiben zu Bildergeschichten

aufweist, führte sie auf ihre Annahme zurück, Leni hätte Schwierigkeiten in der Kreativität. Nachdem ich sie jedoch kurz über die Symptomatik kindlicher Aphasie aufgeklärt hatte, fielen ihr zahlreiche Situationen ein, in denen Leni ‚typische Schwierigkeiten‘ zeigt: Beispielsweise fehlen ihm bei Bildbeschreibungen häufig Wörter, was sich durch seine Wortfindungsstörung erklären lässt. Weiterhin zeigt er, insbesondere in größeren Gruppen, Schwierigkeiten zuzuhören bzw. dem Gesagten zu folgen. Der Lehrerin fiel außerdem auf, dass Leni oft Probleme hat, sich zu erinnern, was fünf Minuten zuvor besprochen wurde. Er erzählt zwar gerne vom Wochenende, spricht ihres Erachtens dabei allerdings sehr leise, wiederholt sich öfter und hat Schwierigkeiten, seine Erzählung spannend zu gestalten. Syntaktisch konnte sie keine Auffälligkeiten feststellen. Die sprachlichen Probleme erhielten im Unterricht bislang keine spezielle Berücksichtigung oder separate Förderung. Lenis Konzentrationsstörung fällt zwar auf, stellt jedoch, nach Aussagen der Klassenlehrerin, aufgrund der Klassengröße von vier Schülern kein derart gravierendes Problem dar, wie es wahrscheinlich in einer Regelschule der Fall wäre. Konzentrationsschwierigkeiten zeigt Leni vor allem innerhalb großer Gruppen. Trotz seiner bereits erwähnten Probleme beim selbstständigen Arbeiten, ist seine Konzentration bei Aufgaben, welche die Auseinandersetzung mit einem Thema über nichtsprachliche Kanäle ermöglichen, wie z. B. das Malen des Sonnenlaufs, „voll da“. Da Lenis Mitschüler ebenfalls Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme aufweisen, findet während des Unterrichts, zur Unterstützung der Konzentration der Schüler, meist alle 15 Minuten ein Methodenwechsel bzw. eine Änderung der Sozialform statt. Außerdem wird der Unterricht zwischendurch immer wieder durch Gruppenspiele, das gemeinsame Aufsagen von Sprüchen o. ä. aufgelockert. Eine deutliche Einschränkung aufgrund seiner Hemiparese erfährt Leni lediglich im Handwerks- und im Handarbeitsunterricht: Aufgrund „seiner Schwäche im Arm“ ist er wesentlich langsamer als die anderen. Um mit den anderen Kindern mithalten zu können und genauso schnell wie diese fertig zu sein, fordert er oftmals zu früh Hilfe ein. Sowohl beim Schreiben als auch im Handarbeits- und Werkunterricht erhält Leni Unterstützung durch Hilfsmittel, wie eine rutschfeste Unterlage, ein Klemmbrett o. ä.. Insgesamt ist er recht selbstständig, so dass er nur bei wenigen Tätigkeiten, wie z. B. beim Schuhebinden oder Reißverschluss schließen Hilfe benötigt. Schlussendlich kann festgehalten werden, dass, obwohl sich die aphasischen Symptome auf sein schulisches Lernen auswirken, das Lehrerkollegium die jetzige

Schule als einen für Leni geeigneten Förderort ansieht. Ein entsprechender Antrag wurde bereits beim Oberschulamt gestellt.

Ob diese Schule auch aus meiner Sicht einen geeigneten Förderort für Leni darstellt, bzw. welche Aspekte für oder gegen die Beschulung Lenis an dieser Schule sprechen, wird unter 5.9 gesondert erörtert.

#### **5.8.2.4 Lenis psychosoziale Situation an der neuen Schule**

Leni ist, nach eigenen Aussagen, in der neuen Schule nun „überglücklich“.

Laut Klassenlehrerin weinte er am ersten Tag zwar ein bisschen, kam dann jedoch bereits ab dem zweiten Tag „fröhlich und gut gelaunt“ in die Klasse. Von seinen Mitschülern, welche von der Lehrerin als sehr sozial beschrieben werden, wurde er gut aufgenommen.

Nach Aussagen der Mutter läuft es „freundschaftstechnisch“ „wesentlich besser als in der alten Schule“. Dort hätte er sich zwar auch einmal mit einem Jungen getroffen, das wäre aber „etwas anderes“ gewesen. Einen Grund dafür könnte die Tatsache darstellen, dass die Schüler an der Förderschule nicht nur Lenis schulischem sowie sprachlichem Leistungsstand entsprechen, sondern auch seinem emotionalen und sozialen Entwicklungsstand. „Die Kinder wirken alle relativ fit, sie toben, laufen, machen ihre Witze...“, erklärt die Lehrerin. Mit einem Jungen hat sich Leni inzwischen auch schon etwas fester angefreundet. Dieser ist im gleichen Ort wie er zu Hause, was relativ günstig ist, da er sich so auch nachmittags problemlos zum Spielen verabreden kann.

Der Junge ist etwas „größer und stärker“ als Leni. Nach Aussagen der Klassenlehrerin scheint sich Leni gerade deshalb in dieser Freundschaft wohl und aufgehoben zu fühlen, da er „immer noch Angst [hat], sich zu verletzen.“

Anfangs war es für Leni oft noch ein Problem, seine Schwächen zu zeigen. „Zum Ausgleich“ hat er dann andere „gehänselt“, was jedoch innerhalb der Schule konsequent „unterbunden“ wurde und aktuell kaum noch ein Problem darstellt.

Da die Schule Sorge trägt, dass die Schüler in einer stress- und angstfreien Atmosphäre auf der Basis ihrer individuellen Lernausgangslage gefördert werden, dürfte weder die Gefahr einer Unter- noch die einer Überforderung bestehen, was man Leni auch anmerkt: „Er hat sich gut eingelebt, er fühlt sich wohl und sagt, dass er bleiben möchte.“

## **5.9 Vergleich der beiden Förderorte hinsichtlich der Frage der adäquaten Beschulung Lenis**

Wie bereits aufgezeigt wurde, wirken sich sowohl die aphasischen Symptome als auch die Begleiterscheinungen, insbesondere seine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung derart auf sein schulisches Lernen aus, dass eine Beschulung in einer Regelschule nicht möglich wäre. Sein besonderer Förderbedarf machte auch zur Zeit noch eine Beschulung in einer Sondereinrichtung erforderlich.

Welcher der beiden Förderorte, an denen Leni seit seinem Unfall beschult wurde, den adäquateren darstellt bzw. seinem Förderbedarf am ehesten gerecht werden kann, wird von allen beteiligten Personen, die Leni auf seinem Schulweg bislang begleiteten, unterschiedlich bewertet. Es gilt daher an dieser Stelle beide Schularten hinsichtlich der Frage, welche Lenis Förderbedarf am ehesten gerecht wird, gegenüberzustellen.

Sowohl an der Körperbehindertenschule als auch an der privaten Förderschule für Erziehungshilfe ist die Klassenstärke derart gering, dass der Unterricht hauptsächlich im Rahmen einer kleinen Schülergruppe stattfindet. Hierdurch ist die Möglichkeit einer individuellen Förderung gleichermaßen gegeben wie die soziale Einbettung des Lernens. Dass beide Aspekte bei der Beschulung von Kindern mit Aphasie einen zentralen Stellenwert darstellen, wurde unter 4.1.3 bereits erläutert. Es kann also festgehalten werden, dass beide Schulen günstige Rahmenbedingungen bieten, um die Förderung auf die besonderen Bedürfnisse Lenis abzustimmen, so dass ihm trotz seiner Sprach- und Konzentrationsstörung ein kontinuierlicher Lernzuwachs ermöglicht wird.

Im Hinblick auf die Art bzw. Gestaltung der Förderung bestehen zwischen beiden Schulen jedoch deutliche Unterschiede: Während Leni an der Körperbehindertenschule auf der Grundlage des Bildungsplans der Geistigbehindertenschule gefördert wurde, wird er an der privaten Förderschule für Erziehungshilfe nach dem Bildungsplan der Förderschule unterrichtet. Da Lenis Leistungen aktuell, so die Ansicht des Lehrerkollegiums der Förderschule, den Anforderungen des Förderschullehrplans entsprechen, bedeutet das ‚Mehr an Unterricht‘ im speziellen Rahmen dieser Schule für Leni keine Überforderung, sondern eine adäquate Förderung.



Prinzipiell scheinen auch die konzeptionellen Besonderheiten dieser Schule für die Förderung von aphasischen Kindern nicht ungeeignet: Die ganzheitliche Unterrichtsgestaltung, d. h. das ‚Lernen mit Kopf, Hand und Herz‘ ermöglicht Leni ein Lernen mit allen Sinnen. Die Vermittlung von Informationen erfolgt zu großen Teilen also auch über nichtsprachliche Kanäle, was für eine optimale Förderung von Kindern mit Aphasie unabdingbar ist. Weiterhin kommt der an dieser Schule praktizierte Epochenunterricht, welcher ein vertieftes Eintauchen in den Unterrichtsstoff und die gründliche Auseinandersetzung mit einem Themengebiet ermöglicht, in besonderer Weise Lenis Bedarf an Wiederholung entgegen. Darüber hinaus dürfte der häufige Wechsel der Sozialformen, den die Lehrerin während des Unterrichts vornimmt, Lenis Konzentration und Ausdauer in förderlicher Weise unterstützen.

Als problematisch erweist sich meines Erachtens jedoch die Unkenntnis der Klassenlehrerin bezüglich Aphasie im Allgemeinen und Lenis aphasischer Symptomatik im Besonderen: Gerade im Hinblick auf eine adäquate Förderung, ist nicht nur das Erkennen, sondern auch das richtige Einordnen von Lernschwierigkeiten enorm wichtig. Fehleinschätzungen, wie die Annahme, Leni mangle es an Kreativität, bergen die Gefahr, dass die Förderung nicht angemessen und in der Folge unzureichend ist. In diesem Zusammenhang möchte ich auch die in Lenis aktueller Klasse im Deutschunterricht praktizierte Methode des Abschreibens und Ganzwortlesens bzw. -schreibens kritisieren: Da über die Ganzwortmethode nur eine begrenzte Anzahl an Wörtern, die gelesen und geschrieben werden können, erworben werden kann, sollte die schriftsprachliche Förderung von Leni nicht auf den Erwerb der Ganzwortmethode reduziert bleiben, zumal er das Schreiben und Lesen nach der einzelheitlichen Methode, d. h. unter Anwendung der Phonem-Graphem-Korrespondenz, zumindest auf Wortebene schon beherrschte.

An der Körperbehindertenschule hätte Leni im Deutschunterricht weiterhin eine Förderung erhalten, welche diese Kompetenz weiter ausgebaut hätte, so dass speziell die Förderung im Bereich des Schriftspracherwerbs an der Körperbehindertenschule im zweiten Team qualitativ als adäquater bezeichnet werden kann.

Auch wenn die Lehrkräfte an der Körperbehindertenschule, vermutlich aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung, über das Störungsbild der kindlichen Aphasie in Kenntnis gesetzt waren und Lenis Lernschwierigkeiten einordnen konnten, darf vermutet

werden, dass er an der Schule für Körperbehinderte in K. auf Dauer unterfordert gewesen wäre: Obwohl den Lehrern bewusst war, dass Aphasie keine geistige Behinderung darstellt, waren sie der Ansicht, dass es sinnvoller ist, Leni trotz einer ‚attestierten‘ Lernbehinderung nach dem Bildungsplan für Geistigbehinderte zu unterrichten.

Ein Punkt, der allerdings für die Beschulung Lenis an einer Körperbehindertenschule gesprochen hätte, wäre die Tatsache gewesen, dass dort vermehrt physiotherapeutische Inhalte in den Unterricht integriert werden, wodurch er eine unterrichtsimmanente Bewegungsförderung erhalten hätte, was ihm aufgrund seiner Hemiparese sicherlich in besonderer Weise entgegen gekommen wäre. Zur Kompensation seiner Handfunktion wurde er zudem in optimaler Weise durch Hilfsmittel unterstützt.

Ein therapieimmanenter Unterricht wäre sicherlich auch an der neuen Schule wünschenswert, kann jedoch nicht geleistet werden. Jedoch erhält Leni auch an der neuen Schule Unterstützung durch Hilfsmittel und wird zudem in den Bewegungsfächern Sport und Eurythmie unterrichtet. Da er darüber hinaus ambulante Physiotherapie bekommt und in seiner Freizeit regelmäßig zum Fußballtraining geht, erhält er auch nach seiner Umschulung noch eine Vielzahl an Bewegungsangeboten, welche den Einsatz beider Körperhälften fordern und fördern. Scheinbar entsprechen Lenis Mitschüler an der neuen Schule nicht nur seinem schulischen Leistungsstand, sondern auch seinem emotionalen und sozialen Entwicklungsstand, so dass es ihm an dieser Schule offenbar leichter fällt, Freundschaften einzugehen. Nach BIRKENBEIL (1995, 416) stellt dieser Aspekt hinsichtlich der Frage der adäquaten Beschulung von Kindern einen nicht zu vernachlässigenden Aspekt dar, da Schule, wie unter 4.2.2 bereits erwähnt, neben der Vermittlung von Bildungsinhalten auch die Funktion hat, ein Ort der Kommunikation zu sein, an dem die Schüler nicht nur miteinander in Kontakt treten, sondern auch feste Freundschaften knüpfen. Die Körperbehindertenschule konnte für Leni diese Funktion von Schule nicht ausreichend erfüllen. Ob dies möglicherweise mit der aufgrund des Blockteamkonzepts heterogenen Zusammensetzung der Schüler innerhalb einer Klasse in Zusammenhang stand, lässt sich nur vermuten.

Die Frage, welche Schule Lenis Förderbedarf am ehesten gerecht wird, kann letztlich nicht eindeutig beantwortet werden. Leni wie auch seine Familie sind mit der neuen

Beschulung „übergelukkig“ und fühlen sich aufgehoben. Unter den Umständen, dass es der Klassenlehrerin möglich wäre, Lenis Förderung im Bereich des Schriftspracherwerbs zu modifizieren und seine aphasischen Symptome methodisch stärker zu berücksichtigen (vgl. 4.1.3), stellt die private Förderschule für Erziehungshilfe auch meines Erachtens einen adäquaten Förderort dar.

## **5.10 Zu Lenis schulischer Perspektive**

Prognosen über Lenis schulische Perspektive zu treffen, fällt zum jetzigen Zeitpunkt noch recht schwer.

Seine momentane Beschulung offeriert Leni die Möglichkeit, seine Schulzeit nach der neunten Klasse mit dem Abschluss der Förderschule zu beenden. Nach Aussagen der Eltern müsste dieser Abschluss allerdings „nicht die Endstation“ darstellen: Ein „Endziel“ wäre ein Hauptschulabschluss, aber „ob man das erreicht und wie der Weg ist, steht in den Sternen“.

Auch wenn Lenis Klassenlehrerin ihn, wie sie zugab, anfangs überschätzte, konstatiert sie, dass er im Hinblick auf seine weitere Schullaufbahn gute Voraussetzungen, wie Arbeitsbereitschaft, Ehrgeiz und „ein tolles Elternhaus“ mitbringt. Obwohl er viele Wiederholungen braucht, „dass [der Lernstoff] sitzt“, macht er zudem insgesamt große Fortschritte, so dass das Erreichen eines Hauptschulabschlusses zwar noch ein weiter Weg – wenn seine Leistungen sich weiterhin so steigern, wie dies zur Zeit der Fall ist – jedoch durchaus realistisch ist.

## 6. Schlussbemerkung und Ausblick

Die Beschulungsprobleme, wie sie in der Literatur beschrieben werden, fanden im Fall von Leni zu großen Teilen Bestätigung.

Leni zeigte die typischen Symptome kindlicher Aphasie, welche eine Wiedereingliederung in seine Herkunftsschule unmöglich machten. Obwohl seine Lernfähigkeit für sprachliche Informationen aufgrund der gravierenden Störung seiner schriftsprachlichen Fähigkeiten, seiner ausgeprägten Wortfindungsstörungen wie auch seiner Probleme im differenzierten Sprachverständnis aufwies, standen bei den Überlegungen hinsichtlich Lenis weiterer Beschulung vorrangig die Auswirkungen der Begleitsymptome im Vordergrund. Dies zeigt, dass die sprachlichen Schwierigkeiten bei kindlicher Aphasie, vermutlich aufgrund von Unkenntnis, selbst bei Fachleuten nur unzureichend Beachtung finden.

Darüber hinaus wurde bei der Suche nach einer geeigneten Schule auch im Fall von Leni das Problem deutlich, dass sich das Störungsbild der kindlichen Aphasie nur unzureichend in die bestehenden schulischen Strukturen einordnen lässt:

Entsprechend den Beschreibungen von BAUR (2003, 234) fühlte sich auch hier die Sprachheilschule bei der Beschulung von Leni überfordert, weshalb den Eltern „nichts anderes übrig [blieb], als ihn ... übergangsweise ... in die Schule für Körperbehinderte zu geben.“

Auch wenn die Körperbehindertenschule ebenso wie die private Förderschule für Erziehungshilfe, an welche Leni nach ca. 1,5 Schuljahren wechselte, aufgrund ihrer Konzeption prinzipiell günstige Rahmenbedingungen bieten, um der individuellen Förderung aphasischer Kinder gerecht zu werden, wurde auch hier der Mangel an Sachkenntnis bezüglich kindlicher Aphasie sichtbar: Die Lehrkräfte zeigten bei der Förderung von Leni große Unsicherheiten und wenig zielgerichtete Pläne, was Lenis Beschulung nach dem Bildungsgang der Geistigbehindertenschule an der Körperbehindertenschule wie auch Fehlinterpretation seiner Symptome und die unzureichende Förderung im Schriftspracherwerb an der privaten Förderschule für Erziehungshilfe bezeugen.

Der Bedarf an konkreten Hilfen bei der Beschulung aphasischer Kinder war also ebenso deutlich zu erkennen, wie die Notwendigkeit der Aufklärung von Fachleuten.

Angesichts der aufgezeigten Beschulungsproblematik bei Kindern mit Aphasie, wäre eine speziell zugeschnittene Schulform, die „die Aspekte der Sprachbehinderung, der Körperbehinderung [und] der Lernbehinderung ... vereinigt“ (BIRKENBEIL 1995, 417), sicherlich sinnvoll. Erste Bestrebungen in diese Richtung existieren bereits: Ausgehend von dem bereits vorgestellten Projekt ‚Beschulung aphasischer Kinder‘ werden zur Zeit in Kooperation mit den Kultusministerien Bayern und Baden-Württemberg Konzepte und Handreichungen erstellt, die Schulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung zu ersten Ansprechpartnern bei der Beschulung aphasischer Kinder machen. Hinzu kommt, dass eine zusätzliche sprachliche Förderung im schulischen Alltag durch Kooperation mit Logopäden und Sprachtherapeuten gesichert werden soll (vgl. <http://www.aphasiker-kinder.de>, 21.06.2008). Das Erreichen dieses Teilziels stellt meines Erachtens einen bedeutenden Schritt dar, der gewährleistet, dass Kindern mit Aphasie im schulischen Unterricht nicht nur spezifische Therapiemaßnahmen zukommen, sondern dieser darüber hinaus evtl. auch methodisch auf die speziellen Bedürfnisse von aphasischen Kindern abgestimmt wird: Nur dadurch kann verhindert werden, dass Kinder mit Aphasie eine inadäquate Förderung erhalten, wodurch ihre vorhandenen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden und verkümmern. Da die Situation aphasischer Kinder langfristig jedoch nur verbessert werden kann, wenn die Thematik Bestandteil der Ausbildung relevanter Berufsgruppen ist und es differenzierte Forschungen in diesem Bereich gibt, ist eine Sensibilisierung und Aufklärung von Fachleuten unabdingbar. Ich hoffe, durch die vorliegende Arbeit einen kleinen Teil dazu beigetragen zu haben.

## 7. Literaturverzeichnis

- BAUR, S. (2003): Aphasien bei Kindern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart, S. 231–237.
- BIRKENBEIL, C. (1995): Aphasie im Kindesalter (Kindliche Aphasien). In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 8: Sprachstörungen im Sonderpädagogischen Bezugssystem. Berlin, S. 405–419.
- BRAUN, O. (2006): Aphasie. In: Braun, O.: Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik. Therapie. Förderung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart, S. 128–157.
- FÜSSENICH, I. (2005): Kommunikative Probleme von Aphasikern. In: Systematik der Sprachstörungen, Teil II. Reader WS 06/07. S. 53.
- FÜSSENICH, I. (2008): Beeinträchtigung der Sprach- und Sprechaktivität: Entwicklungsbedingte Sprachstörungen. Erscheint in: Braun, O.; Lüdke, U. (Hrsg.): Band ‚Sprache und Kommunikation‘. In: Beck, I.; Jantzen, W.; Wachtel, P. (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart.
- HOFMANN STOCKER, E. (1991): Zur schulisch-beruflichen Entwicklung jugendlicher Aphasiker: Ergebnisse einer katamnestischen Studie. In: Rehabilitation 30, S. 116–124.
- HOFMANN STOCKER, E. (1992): Aphasische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Besondere Charakteristika - Verlauf - Schlussfolgerungen für die Rehabilitation. In: Aphasie und verwandte Gebiete. Bulletin d. Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Aphasie 2, S. 62–79.
- HUBER, W.; POECK, K.; SPRINGER, L. (1991): Sprachstörungen. Ursachen und Behandlung von Sprachstörungen (Aphasien) durch Schädigungen des zentralen Nervensystems. Stuttgart.

- HUBER, W.; POECK, K.; WENIGER, D. (2000): Aphasie. In: Hartje, W; Poeck, K. (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie. 4. unveränderte Auflage. Stuttgart, S. 80–143.
- KALLENBACH, K. (2006): Infantile Cerebralparese (ICP) – frühkindliche cerebrale Bewegungsstörungen. In: Kallenbach, K. (Hrsg.): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. 2., überarbeitete Auflage. Germany, S. 59–90.
- LOEW, M.; BÖHRINGER, K. (2002): Kindliche Aphasie. Schriftenreihe Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen 18. Gailingen.
- LUTZ, L. (2004): Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. 3. Auflage. Berlin.
- LUTZ, Luise (1997): MODAK. Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie. Ein Therapieprogramm. Berlin.
- PETER, U.; WIDMER, A. (2001): Schädel-Hirn-Trauma bei Kindern. Behandlung und Verlauf. In: Sprache-Stimme-Gehör 25, S. 180–184.
- STADLER, H. (2006): Das Schädel-Hirn-Trauma unter medizinischem und pädagogischem Aspekt. In: Kallenbach, K. (Hrsg.): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. 2., überarbeitete Auflage. Germany, S. 91–108.
- STEINER, J. (2003): Aphasie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart, S. 205–218.
- SUCHODOLETZ, W. von (2001): Hirnorganische Repräsentation von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz, W. von (Hrsg.): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart; Berlin; Köln, S. 27–69.



TESAK, J. (2002): Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige. Idstein.

Tesak, J. (2005): Einführung in die Aphasiologie. 2.,aktualisierte Auflage. Stuttgart.

WEIßGÄRBER E. (1999): Leben mit Aphasie. Berlin.

WIELAND, A.; MÖHRLE, C.; LOEW, M. (2001): jugendliche Aphasiker. Schriftenreihe Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen 13. Gailingen.

### **Internetquellen**

<http://www.aphasiker-kinder.de> [Stand: 21.06.2008]

<http://www.kiklisch.de> [Stand: 13.07.2008]

<http://www.raphaelschule-pforzheim.de> [Stand: 24.07.2008]

<http://www.sfk-karlsbad.de> [Stand: 25.07.2008]

<http://www.testzentrale.de> Stand: [14.07.2008]

## 8. Anhang

## **Protokoll des Gesprächs mit Lenis Klassenlehrerin und dem Koordinationslehrer an der SfK in K. am 9. Mai 2008**

Um Informationen über Lenis Beschulungssituation an der Schule für Körperbehinderte in K. zu erhalten, wurde ein Gespräch mit Lenis Klassenlehrerin, einer Fachlehrerin für Geistigbehinderte, und dem Koordinationslehrer des Blockteams, einem Sonderschullehrer, geführt. Bei dem Gespräch handelte es sich um ein sog. vorstrukturiertes Gespräch, d. h. ich überlegte mir im Vorfeld zwar einige Fragen bzw. Aspekte, die ich ansprechen wollte, ließ den Verlauf des Gesprächs jedoch relativ offen. Das Gespräch dauerte ca. eine Stunde.

### **1. Klassen- und Unterrichtssituation nach Lenis Wechsel in ein neues Team**

- Es sei von Anfang an klar gewesen, dass Leni in Team 2 „falsch“ war, jedoch sei das jetzige Team mitten im Schuljahr „aus Kapazitätsgründen“ nicht in der Lage gewesen, Leni aufzunehmen. Der Wechsel erfolgte daher erst zum neuen Schuljahr.
- Im jetzigen Team befinden sich 13 Schüler, die sich, wie Leni, im vierten Schulbesuchsjahr befinden, d. h. „gleich alt“ sind. Wie im vorherigen Team werden alle Kinder nach dem Bildungsplan für Geistigbehinderte unterrichtet. In Lenis Klasse (ein Blockteam besteht aus zwei Klassen) befinden sich fünf Schüler, die laut Aussagen der Klassenlehrerin „vom Niveau her etwa auf dem gleichen Level wie Leni“ sind. In Mathematik und in Deutsch würde sich allerdings auch unter diesen Schülern „ein breites Spektrum“ vorfinden: Drei würden beispielsweise relativ gut lesen können, zwei gar nicht.
- An Unterricht erhält Leni viermal pro Woche Deutsch, dreimal Mathematik. Einmal wöchentlich findet Sachunterricht, Religion, Musik, Einführung in den Computer (Word usw.), Kochen, Bildende Kunst und Sport statt. Jeder Tag beginnt mit einem gemeinsamen Morgenkreis.
- Leni wurde wie seine Mitschüler nach dem Bildungsplan für Geistigbehinderte unterrichtet. Die Frage, wie die Entscheidung für den Bildungsplan zustande kam, zumal Leni im Gutachten zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs eine Lernbehinderung ‚attestiert‘ wurde, konnte weder die Klassenlehrerin noch der Koordinationslehrer beantworten. „Das wissen wir nicht mehr!“ Die Lehrerin

betonte, dass Leni den Lehrplan für die Förderschule zur Zeit „nicht altersadäquat erfüllen“ könne: Er befindet sich im 4. Schulbesuchsjahr, sei aber auf dem Stand eines Zweitklässlers.

## **2. Veränderung der aphasischen Symptome während Lenis Schulbesuch an der SfK und aktuelle Auswirkungen der Aphasie und der Begleitsymptome auf schulische Anforderungen**

- Als er in das neue Team kam, habe er „fast nichts“ lesen und schreiben gekonnt. „Vor allem die Phonem-Graphem-Korrespondenz war schwierig.“ „Akustisch differenzieren konnte er gut“: Er sei im Gegensatz zu vielen seiner Mitschüler sehr gut in der Lage gewesen Anlaute, Mit- und Endlaute aus Wörtern heraushören.
- Während seine Mitschüler Arbeitsblätter erhalten hätten, auf denen sie den phonemischen Gehalt abgebildeter Wörter bestimmen mussten, wäre mit Leni anhand dieser Arbeitsblätter ein Grundwortschatz erarbeitet worden.
- Zudem sei die Phonem-Graphem-Korrespondenz sei gefestigt worden, so dass er sie „immer besser“ beherrschte. Lediglich bei den Umlauten au, ei, eu, ai habe er noch öfter Probleme.
- Insgesamt habe Leni „während seiner Zeit im neuen Team“ v. a. im Lesen „riesige Fortschritte“ gemacht: Mit Hilfe eines Lesebuches für die erste Klasse („ABC der Tiere“) habe Leni das Lesen in Silben gelernt, was ihm sehr geholfen habe. Mittlerweile könne er ganze Lesestücke bzw. -texte lesen. Das sinnverstehende Lesen wurde geübt, indem die Lehrerin Fragen zum Fibeltext gestellt habe. Anfangs habe er weder mündlich noch schriftlich in Sätzen antworten können, meistens habe er in Ein-Wort-Sätzen geantwortet. Mündlich könne er nun „mit Einschränkungen“ in Sätzen antworten, schriftlich „eher nicht“. Er habe eine „Lösungsstrategie“ entwickelt, indem er immer den entsprechenden Satz aus dem Fibeltext herausgesucht und wiedergegeben habe. „Die Strategie war zu festgefahren, „er hat versucht, alles in ein Schema zu pressen.“ „Er war nicht flexibel, er war dann, wenn’s nicht gepasst hat, hilflos.“
- Schreiben falle Leni „deutlich schwerer“. „Er hat zwar viel dazu gelernt, aber Sätze kann er immer noch nicht von selbst schreiben- Abschreiben klappt super.“ Er könne geübte, einfache Wörter schreiben. Er schreibe in Druckschrift, er habe

bislang auch nur die Druckschrift gelernt und sein Schriftbild sei „gleichmäßig und sauber“.

- Seine Aphasie habe sich insofern „nicht direkt“ auf schulische Anforderungen ausgewirkt bzw. sich im Unterricht „großartig bemerkbar gemacht“, da er „einer der Fitteren“ war. „Und hier an der Schule haben wir ja auch die Möglichkeit ihn individuell zu fördern, d .h . da anzuknüpfen, wo sein Leistungsstand ist.“ „Die Probleme, denk ich, wird er erst an der neuen Schule jetzt bekommen, v. a., weil er dort ja in ein 4. Schuljahr kommt und ob die da soviel Rücksicht nehmen können...?“
- „Im Morgenkreis, wenn er als nicht weiß, wie es heißt, was er sagen will, dann umschreibt er’s meistens.“ Oft habe er beim Erzählen auch „Probleme mit der Reihenfolge“. Schwierigkeiten habe er weiterhin auch bei „Feinheiten im Sprachverständnis“, was sich z. B. beim Rollenspiel bemerkbar mache, wenn die Schüler im Deutschunterricht Passagen aus einer vorgelesenen Lektüre nachspielen sollen: Leni erfasse zwar meist „den groben Rahmen“, nicht aber „die Feinheiten bzw. Details“ der Geschichte.
- In Mathematik weise er auch Schwierigkeiten auf, die sich auf seine Aphasie zurückführen lassen: Er habe Schwierigkeiten beim Verstehen von Textaufgaben oder beim selbstständigen Nennen der Zahlennamen, weshalb er häufig ‚Zahlendreher‘ produziere. Er rechne im Zahlenraum bis 100. Trotz häufiger Zahlendreher kenne er die Zahlen, kann sie in eine Stellenwerttafel eintragen, mit Material darstellen, als auch Vorgänger und Nachfolger bestimmen. Additions- und Subtraktionsaufgaben mit Zehnerübergang könne er mittlerweile mit Hilfe von ‚Dienes-Material‘ lösen. Besonders schwer falle ihm „flexibles Denken“: „Er hält oft an einer Lösungsstrategie fest.“
- Seine Aufmerksamkeitsstörung habe sich durch Ritalin gut gebessert, sei jedoch immer noch tagesform- und –zeit abhängig. Beispielsweise habe er sich an einigen Tagen ausdauernd mit einer Aufgabe beschäftigen können -obwohl verschiedene Ereignisse Ablenkung hätten bieten können- an anderen Tagen nicht. Nachmittags „ist fast nichts mehr möglich, außer Computer.“ Obwohl er häufig „persönliche Zuwendung“ benötige, um weiterzuarbeiten, sei er meist sehr motiviert. „Mathe und Deutsch hat ihm gefallen und auch Spaß gemacht. Er hat z. B. immer gefragt: ‚Wann ham wir wieder Deutsch?‘ oder Mathe. Er hat gemerkt, das bringt ihn weiter, er wollte weiter kommen.“

### **3. Wurde die Aphasie und die Begleitsymptomatik im Unterricht speziell berücksichtigt (evtl. durch therapieimmanenten Unterricht, spezielle Methoden, Sozialformen o. ä.)?**

- Da Physiotherapie aufgrund des Blockteamkonzepts hauptsächlich in den Unterricht integriert ist, habe Leni nur ganz selten einzelne Physiotherapieeinheiten, z. B. in Form von Klangmassagen, die das Spüren der rechten Körperhälfte fördern sollten, erhalten. Zur Förderung des Einsatzes beider Körperhälften wäre Leni in den Pausen häufig Fahrrad gefahren (mit Stützrädern). Da er seine Hand kaum einsetzen könne, habe er im Unterricht Unterstützung durch Hilfsmittel erhalten: Beispielsweise habe er beim Schreiben ein Klemmbrett sowie eine rutschfeste Unterlage, zum Schneiden eine Blockschere benutzt. Therapeutisch geübt wurde das Kleinschneiden des Mittagessens mit Hilfe von speziellem Besteck.
- Logopädische Therapie erhielt Leni in der Schule nicht. Eine Kooperation mit Lenis Logopädin, zu der er außerhalb der Schule in Therapie geht, sei gegen Ende des Schuljahres angedacht gewesen, die Logopädin hätte sich allerdings nie gemeldet. Die Mutter und die Klassenlehrerin hätten es für sinnvoll erachtet, die Inhalte aus der logopädischen Therapie verstärkt in den Unterricht einzubauen, da ein mehrmaliges Üben der therapeutischen Inhalte wesentlich effektiver gewesen wäre, als wenn dieselben Inhalte nur einmal wöchentlich geübt würden. So habe sich die Förderung von Lenis mündlicher wie auch schriftlicher Sprache mit den Inhalten des Deutschunterrichts gedeckt.
- Der Unterricht in den „Hauptfächern“ fand „im Rahmen seiner Klasse“ statt, d. h. „er war dann in einer Gruppe von fünf Schülern“. Diese Situation sei „optimal“ gewesen, da er so „die Aufmerksamkeit, die er gebraucht hat“ bekommen habe und „gleichzeitig hatte er Lernpartner, d. h. er war in einer Gruppe Kinder untergebracht.“

### **4. Einschätzung von Lenis psychosozialer Situation**

- Leni habe sich „relativ gut“ in die Klasse eingelebt. „Mit Freunden war es aber eher schwierig, weil die anderen Schüler seit drei Jahren zusammen waren. Es war für ihn schwierig, da reinzukommen“ „Aber er hat Kontakt zu seinen Mitschülern gesucht und war auch hilfsbereit. Man kann so sagen, er war akzeptiert. Das geht auch nicht von jetzt auf nachher.“

- Die aphasischen Symptome hätten sich auf den Kontakt bzw. den Umgang mit seinen Mitschülern allerdings nicht ausgewirkt. „Seine Spontansprache war recht gut. Die Aphasie kam nicht so zum Tragen, seine Mitschüler waren ja selbst eingeschränkt. Paraphasien waren auch eher seltener. Und er war, wie gesagt ja eher einer der Fitteren.“
- Ein Grund, dass Leni „keine richtigen Freundschaften“ ausbilden konnte, sieht die Klassenlehrerin darin, dass die Interessen sehr unterschiedlich gewesen seien: Er habe sich eher für Sport und Fußball interessiert, während seine Mitschüler „durch die Bank eher Tierliebhaber“ waren. „Die meisten haben sich für Sachkunde-Themen interessiert und das war absolut nicht Lenis Ding.“ Dennoch hätten sie „eine gemeinsame Basis“ „mit Playmobil“ gefunden.
- „Im anderen Team“ habe er seine alte Grundschulklasse gegen Ende wohl eher vermisst. In dem neuen Team habe er „in diese Richtung“ nichts geäußert. „Als seine Mutter kam und ihn wegen seiner guten Fortschritte in eine normale Schule umschule wollte, hat er deutlich mit Stresssymptomen reagiert.“ Er sei teilweise „kaum noch ansprechbar“ gewesen.

## **5. Die Beurteilung der Elternsicht**

- Sowohl die Klassenlehrerin als auch der Koordinationslehrer sehen in der SfK den adäquaten Förderort. Sie haben einen individuellen Förderplan erarbeitet, nach dem Leni unterrichtet wird.
- Es haben mehrere Gespräche zu diesem Thema stattgefunden und das Team will der Familie bzw. der Mutter „keine Steine in den Weg legen“
- Das Team wünscht, dass Lenis an der neuen Schule gut zurecht kommt, sie zweifeln aber, da er in der neuen Schule in das vierte Schuljahr eingeschult wird und die Lehrer dort evtl. nicht so Rücksicht nehmen können, wie es an dieser Schule möglich ist. Aus diesem Grund haben sie sich auch dafür eingesetzt, dass der Schulwechsel erstmal nur zur Probe ausgesprochen wird, damit Leni bei einer Überforderung problemlos zurückkehren kann.
- Für Leni dürfte „dieser ewige Wechsel“ (erst von der Grundschule in die Reha, dann ins Team 2, dann der Wechsel in Team 4) schließlich auch eine Belastung darstellen, zumal er bereits nach dem Wechsel in Team 4 am ersten Tag zunächst geweint habe, „allein und verwirrt war“ und überfordert gewirkt habe. In der Zeit, in



der die Mutter erstmals den Schulwechsel erwähnte, hätte Leni, wie schon erwähnt, mit starken Stresssymptomen reagiert....

- Jedoch stünde das Team der Umschulung offen gegenüber: „Es besteht ja evtl. die Möglichkeit, dass seine Fähigkeiten aus der Grundschulzeit wieder zurückkommen.“

Meine Frage, ob die Lehrer bereits Erfahrungen mit anderen Kindern mit Aphasie gemacht hätten, wurde zumindest von der Fachlehrerin-G bejaht: Sie habe schon mehrere Schüler mit Aphasie unterrichtet, allerdings hätten bei jedem Schüler andere Probleme bzw. Symptome im Vordergrund gestanden. Während bei Leni das Lesen und Schreiben am stärksten betroffen ist, habe sich ein anderer Schüler, der sich damals in der neunten Klasse befand, zwar schriftsprachlich äußern können, sei jedoch in seiner Spontansprache stark eingeschränkt gewesen. Da man die aphasischen Symptome nicht verallgemeinern könne, müsse man auf jeden Schüler mit Aphasie, wie auch auf jeden anderen Schüler, individuell eingehen.

## **Protokoll des Gesprächs mit Lenis Mutter am 27. Juni 2008**

Um Lenis Beschulungssituation bzw. -problematik auch aus Sicht der Eltern betrachten zu können als auch um weitere Informationen u. a. über Lenis prämorbid Spracherwicklung und seine psychosoziale Situation zu erhalten, wurde mit Lenis Mutter ebenfalls ein vorstrukturiertes Gespräch geführt. Die Gesprächsdauer betrug ca. zwei Stunden.

### **1. Angaben zu Lenis Person und familiärem Umfeld**

- Bis zu seinem Unfall habe Leni keine wesentliche Erkrankungen durchgemacht (an Kinderkrankheiten bislang nur Windpocken).
- Auch Allergien seinen keine bekannt.
- Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung seien bis zum Unfall unauffällig verlaufen (mit 14 Monaten habe er zu laufen begonnen, mit drei Jahren sei er in den Kindergarten gegangen, „Leni wurde auch ganz normal im September 2004 in die Grundschule eingeschult“, mit fünf bis sechs Jahren habe er ohne Stützräder Fahrradfahren gelernt).
- Leni hat zwei Brüder: Der ältere ist 13, der jüngere drei Jahren alt. Mit beiden verstehe er sich „bis auf die typischen Geschwisterstreitigkeiten“ recht gut.
- Auch zu seinen Eltern habe Leni ein gutes Verhältnis. In besonderer Weise orientiere er sich an seinem Vater, v. a. wenn es um Fußball gehe: Leni habe bei der EM z. B. immer wissen wollen, für welche Mannschaft sein Vater sei.
- Der Vater ist leitender Angestellter. Er arbeitet immer bis nachmittags, spiele mit Leni danach jedoch häufig Fußball. Die Mutter ist kaufmännische Angestellte, arbeitet wegen ihrem jüngsten Kind aber nur stundenweise.

### **2. Lenis Sprachentwicklung/ Sprach- und Kommunikationsverhalten vor dem Unfall**

- Lenis Muttersprache ist deutsch.
- Er habe eine normale sprachliche Entwicklung durchlaufen.
- Mit einem Jahr habe er zu sprechen begonnen, seine ersten Worte seien „Mama“ und „Papa“ gewesen.

- Im Kindergarten habe er lediglich „etwas länger als die anderen Kinder [k] durch [t] vertauscht“, z. B. hätte er „Tomm“ anstatt „Komm“, oder „Tatze“ anstatt „Katze“ gesagt. Ob Leni manchmal auch ein [k] anstelle eines [t] gesprochen habe, konnte die Mutter nicht mehr eindeutig sagen, ihr fiel jedoch kein Beispiel ein, bei dem sie dies beobachtet hätte. Es sei eine logopädische Therapie angedacht gewesen, es habe aber zu lange Wartezeiten gegeben: „Wir waren auf der Warteliste gestanden, aber als er in die Schule kam, hat es sich sowieso von alleine gegeben.“
- Meine Frage, ob Leni Schwierigkeiten in der Grammatik oder im Wortschatz gehabt hätte, verneinte die Mutter: „Sein Wortschatz war ganz normal.“ Er war „nicht extrem weit, aber auch nicht zurück“. Leni habe nie zu den Kindern gehört, die einen „extrem ausgefeilten Wortschatz“ hatten, „aber er war normal, guter Durchschnitt einfach.“
- Auch die Frage, ob er besonders gern, viel und häufig gesprochen habe oder aber auffallend wenig, beantwortete die Mutter mit: „Weder noch. Ganz normal, nichts Auffälliges.“
- Probleme im Sprachverständnis, im Führen von Gesprächen oder im sprachlichen Strukturieren von Spielsituationen seien ihr auch nicht aufgefallen. Beim Spielen mit anderen Kindern habe Leni generell keine Probleme gehabt, er habe immer gerne mit anderen Kindern gespielt.

### **3. Lenis schriftsprachliche Kompetenzen vor dem Unfall**

- Leni ging bis zu den Pfingstferien in die 2. Klasse und „hat bis dahin Lesen und Schreiben gelernt“.
- „Er war ein guter Durchschnittsschüler.“
- „Im Diktat war er gut, er hatte oft sogar null Fehler.“
- Zu Hause habe er, bis auf bei den Hausaufgaben, eher weniger Interesse gehabt selbst zu lesen, eigentlich gar nicht, auch keine Comics oder Bilderbücher. „Seine Lesefertigkeit war noch nicht so ausgereift“. Ungeübte Texte aus der Schule habe er aber gut lesen gekonnt.
- Auch geschrieben habe Leni von sich aus zu Hause in seiner Freizeit „eigentlich nicht“
- „Nicht unbedingt jeden Tag, aber hin und wieder“ habe er vorgelesen bekommen, „die Interessen lagen aber eher wo anders, beim Sport oder ähnliches.“

#### 4. Unfallgeschichte

- Der Unfall passierte in den Pfingstferien. Leni traf sich mit Freunden zum Fußballspielen auf dem Bolzplatz bei der Schule, wo sie den ganzen Tag verbrachten.
- Die Jungs waren dann nach einer gewissen Zeit auf das Flachdach einer Garage geklettert: „Die erste Version hieß, dass der Ball hochgefliegen wäre. Aber wie später rauskam, war es denen wohl einfach irgendwann zu langweilig. Das war dann die zweite Version, die dann von allen auch zugegeben wurde.“
- Leni und seine Freunde hätten schließlich vom Dach aus mit Steinen geworfen, unten haben Jugendliche gesessen, die die Steine abbekommen hätten.
- Die großen Jungen hätten wohl erst gerufen, sie sollen damit aufhören, „aber die Jungs haben natürlich nicht gehört und irgendwann haben die Älteren dann auch mit Steinen zurückgeworfen. Ein Stein hat dann Leni getroffen und er ist dann wohl erschrocken, so dass er das Gleichgewicht verloren hat und rückwärts auf Betonboden gestürzt ist. Leni war sofort bewusstlos. Das Dach war drei Meter hoch.“
- „Die Kinder haben zum Glück so schnell agiert“, sie haben mit einem ihrer Handys den Notruf angerufen: Als Lenis Mutter zum Sportplatz kam, sei der Krankenwagen schon dagestanden und Leni mit dem Hubschrauber schon auf dem Weg in die Klinik gewesen.
- „Er wurde dort sofort in ein künstliches Koma versetzt und sofort operiert.“ Er hatte ein schweres SHT.
- „Nach sieben Tagen war sein Zustand stabil. Es ging ihm viel besser, also hat man ihn dann aufwachen lassen“: Er sei ansprechbar gewesen und habe alles verstanden und ganz normal gesprochen. Arme und Beine habe er ganz normal bewegen können und auch schon wieder aus seinem Bett gewollt.
- Am Mittwoch sei er aufgewacht und sollte dann von der Intensiv auf die Kinderstation verlegt werden. Die Ärzte teilten den Eltern mit, dass Leni jetzt das Durchgangssyndrom erwarte, er viel Kopfschmerzen haben werde und viel Ruhe brauchen würde.
- Ab Freitag sei er dann auf der Kinderstation gewesen, wo es ihm zunehmend schlechter ergangen sei: Am Samstag habe er starke Kopfschmerzen bekommen, immer weniger gesprochen und die Eltern kaum noch registriert.

- Die Eltern waren im Schockzustand. „Wir dachten das käme alles vom Durchgangssyndrom, man hat uns ja gesagt er wird starke Kopfschmerzen bekommen, viel Ruhe brauchen.“ Auch die Schwestern und die Assistenzärzte seien „völlig überfordert“ gewesen. „Die wussten auch keinen Rat“.
- Samstagnachts habe Leni dann eine Art Krampf bekommen: Er habe seine rechte Hälfte nicht mehr bewegen können und einfach nur vor sich hingestarrt, „wie durch uns hindurch.“ Die Ärzte hätten nicht registriert, dass es ein Schlaganfall war, „die dachten wahrscheinlich es käme von der Hirnverletzung. Es war halt Wochenende, und es wurde nichts gemacht, außer ein CT. Dadurch wurde eine neue Hirnblutung ausgeschlossen.“
- Erst am Montagabend sei ein MRT gemacht worden, das dann gezeigt habe, dass ein Hirninfarkt vorlag. „Es war grauenhaft. Es waren zwei Tage verstrichen, wo nichts gemacht wurde! Assistenzärzte, die keine Ahnung hatten, Schwestern, die total überfordert waren.... Auf der Intensiv war eine super Versorgung, aber auf der Kinderstation!“
- Lenis Sprache war für ca. 14 Tage komplett weg. Der Hirninfarkt war eine Folge vom Unfall, er kam durch eine Verengung der Gefäße. „Für Leni muss das alles ein totaler Schock gewesen sein, er war total apathisch.“ Die Mutter erinnerte sich, dass Leni seine Eltern „fassungslos angeschaut“ habe. Die Eltern dachten zunächst „er wäre blind“. Nach dem MRT sei der einzige Kommentar der Oberärztin gewesen: „Wir hoffen, dass wir das Schlimmste verhindern können!“. „Wir dachten erst, wir hätten ein schwermehrfachbehindertes Kind, das sich nicht mehr bewegen kann und blind wäre.“ Erst der Chefarzt habe dann eine günstige Prognose gegeben und gesagt, dass Leni in Reha müsse, wieder laufen lernen werde usw..
- Die Mutter hatte das Gefühl, dass Leni in der Zeit, in der er gar nichts gesprochen hat, viel, „was man ihm gesagt hat“, verstanden habe. Konkrete Anhaltspunkte habe es dafür aber nicht gegeben. Seine Bezugspersonen habe er erkannt.

## **5. Der Verlauf der Aphasie**

### **5.1 Lenis Sprach- und Kommunikationsverhalten vom Unfall bis zum jetzigen Zeitpunkt**

- Nach zwei Wochen habe Leni wieder zu sprechen begonnen, erst allerdings nur wenige Wörter: „Am Anfang hat er meistens ‚ja‘ gesagt, auch wenn er ‚nein‘ meinte“: Dann habe er sich aber selbst durch Gestik und Mimik verbessert. Ganz einfache Fragen habe er verstanden, sich jedoch auch oft an der Gestik und Mimik der andern oder an der Situation orientiert: „Z. B. wenn es beim Abendessen hieß ‚Was willst du essen?‘, hat er dann auf das Brötchen, das vor ihm lag gezeigt!“ Insgesamt sei Leni eher ruhig, zurückgezogen und in sich gekehrt gewesen. „Es war schon zu erkennen, dass er wusste, dass mit ihm was nicht stimmt, dass er nicht mehr richtig sprechen kann und sich auch so bewegen wie er will.“
- Er war einen Monat im Krankenhaus und dann fünf Monate in der Kinderklinik in Schömberg, also ein ½ Jahr von zu Hause weg. IN Schömberg hatte er jeden Tag einen Plan mit Therapien: Logopädie, Ergo- und Physiotherapie.
- Er habe dort auch ADHS diagnostiziert bekommen: Leni sei zwar auch vor dem Unfall ein lebhaftes Kind gewesen, ADHS habe er allerdings nicht gehabt. „Erst durch den Unfall wurde das verursacht.“ Während der letzten zwei Jahre habe sich die Aufmerksamkeitsstörung durch Ritalin „extrem gebessert“. Seit einem Jahr ungefähr habe er auch noch eine Epilepsie bekommen: „Wenn er sich erschrickt, wenn was fallen gelassen wird z. B., hat er ganz leichte epileptische Anfälle. Er kriegt aber Tabletten“, ist also medikamentös eingestellt. Auf seine schulischen Leistungen hätten sich weder die Epilepsie noch die Medikamente ausgewirkt.
- „Er hat noch Wortfindungsstörungen, die aber nicht mehr so akut sind. Er spricht so langsam auch in ganzen Sätzen. Er sagt selbst, er merkt, dass es besser geht beim Sprechen.“

### **5.2 Lenis schriftsprachliche Entwicklung vom Unfall bis jetzigen Zeitpunkt**

- „Auch das Schreiben mit links klappt immer besser, seine neue Lehrerin hat auch schon sein schönes Schriftbild gelobt.“
- „Lesen muss er noch üben“
- Einmal pro Woche bekommt er Logopädie: Dort werde auf spielerische Weise Lesen und Schreiben geübt. „Lesen – Silbe für Silbe“. Außerdem setze die

Logopädin das MODAK-Programm fort, so dass Leni „viel mit Wortkarten und Lückentexten“ arbeiten würde. Konkrete Inhalte der Sprachtherapie konnte mir die Mutter nicht nennen.

- Wenn Leni nach der Schule nach Hause kommt, dürfe er sich erstmal ausruhen, mache dann aber seine Hausaufgaben, wobei er sich sehr ehrgeizig zeigen würde.
- Beim Schreiben wechsele er noch oft von Druck- auf Schreibschrift.
- In seiner Freizeit zeige Leni ein eher geringes Interesse an schriftsprachlichen Tätigkeiten, wie Lesen oder Vorgelesenbekommen von Kinderbüchern. Eigene Schreibanlässe schaffe er sich nicht. Leni sei aber auch durch die vielen Therapien „sehr eingespannt“: „Zwei mal pro Woche erhält er Ergotherapie, einmal Logotherapie und einmal Physiotherapie.“

## **6. Wie verlief die Beratung bzgl. Lenis weiterer Beschulung nach Beendigung der Rehabilitationsphase?**

- Die Eltern haben gemeinsam mit der Beratungsstelle der SfK in K. und der Krankenhausschule viel Alternativen bzw. Möglichkeiten überlegt.
- „Wir hatten zuerst den Plan, Leni wieder in seine alte Klasse einzugliedern, wir haben das versucht, aber es war ein unmögliches Vorhaben: Es wäre wegen seiner Konzentration und auch seinem sonstigen Leistungsstand in einer so großen Klasse einfach nicht möglich gewesen, Leni wäre komplett überfordert gewesen.“
- „Wir haben hauptsächlich überlegt, ob es unter sozialen Aspekten Sinn gemacht hätte: Es war schwer zu realisieren dass Leni plötzlich eine Schule besuchen soll, in der hauptsächlich geistig schwerst behinderte Kinder sind. Das erstmal anzunehmen war ein schwieriger Prozess.“
- Die Beratungsstelle ging auch auf den Wunsch, Leni in einer Sprachheilschule zu beschulen, ein und setzte sich mit dem Schulleiter der zuständigen Schule auseinander. Jedoch war auch dieses Vorhaben nicht möglich.
- Es wurde sich dann darauf geeinigt, dass Leni „zumindest übergangsweise“ in eine Körperbehindertenschule eingeschult wurde.



## **7. Lenis schulischer Werdegang und dessen Beurteilung durch die Eltern**

- Da Leni mitten im Schuljahr kam, wurde er „als Notlösung“ in Team 2 integriert. Dort war er „komplett unterfordert“. Die besser geeignete Klasse wäre zu dem Zeitpunkt „voll gewesen“.
- In der Anfangsphase haben die Eltern es akzeptiert, so hätte Leni „einen sanften Einstieg“ gehabt, Nach einer gewissen Zeit, wäre es jedoch „absolut unmöglich, ein absolutes ‚No-Go‘“ gewesen: Die Lehrerin habe sich zwar „punktuell bemüht“, aber es habe „nicht ausgereicht“: Leni hätte über längere Zeiträume immer wieder kein einziges Arbeitsblatt mit nach Hause bekommen, in Deutsch hätte es weder eine Fibel noch ein Lesebuch gegeben. Er habe „kaum richtigen Unterricht erhalten“ und „keine adäquaten Lernpartner“ gehabt.
- Die Eltern haben sich mit der Direktorin oft auseinandergesetzt, damit Leni nach dem Schuljahr in ein anderes Team komme: Die Schüler dort „waren in etwa auf dem gleichen Stand, im gleichen Alter.... Es fing alles gut an, man sah, da tut sich mehr als im ersten Team.“ Jedoch war es „absolut zu wenig“. Das Lernen stagnierte eher. Leni hätte sich gut eingelebt, er sei auch gerne in die Schule gegangen. Die Anforderungen seien aber zu gering gewesen: „Er liebte es, was er da alles hatte: Schwimmen, Fußball-AG, Klettern, PC...“. Nach Meinung der Eltern ruhte er sich jedoch darauf aus: „Das war Fun, das hätte er über Jahre weiter machen können!“ Die Mutter hatte das Gefühl, dass er, „wenig gefördert“, insgesamt sogar eher „gebremst“ wurde.
- Wie die Entscheidung, dass Leni nach dem Geistigbehindertenlehrplan unterrichtet wurde, zustande kam, ist den Eltern bis heute nicht klar. Sie „wurde“ mit den Eltern „nicht abgesprochen“. „Wir wussten von nichts, als wir dann sein erstes Zeugnis in der Hand gehalten haben – da stand das mit dem Bildungsgang Geistigbehindertenschule – war das wie ein Schock.“ Die Klassenlehrerin in Team 4 hätte behauptet, sie könne Leni auch nach dem Förderschullehrplan unterrichten, allerdings hätte sie Leni dann Noten geben müssen, was ihrer Meinung nach ‚ein Schritt nach hinten‘ gewesen wäre.
- Sie hätten mehrmals den Wunsch geäußert, dass Teile der Schulzeit, v. a. während des Nachmittagsunterrichts, evtl. für zusätzliche individuelle Förderung der Lese- und Schreibfertigkeit genutzt werden, was jedoch nicht machbar gewesen sei. „Die Möglichkeiten dort sind einfach begrenzt.“

- Anfangs habe sich die Mutter sehr zurückgehalten. „Wir hatten Verständnis, dass die anderen Kinder auch extremen Betreuungsaufwand brauchen und es schwer ist einen individuellen Förderort zu suchen.“ „Die Lehrer haben sich ja auch bemüht!“ Nach einer bestimmten Zeit haben die Eltern jedoch dann die Initiative ergriffen und haben sich nach verschiedenen staatlichen Schulen erkundigt.
- Die Klassenlehrerin habe diesbezüglich „nur Bedenken“ geäußert. Von der Beratungsstelle haben sich die Eltern sogar „gebremst“ gefühlt. Ihr Ziel war es, „für Leni – im Rahmen seiner Möglichkeiten – den bestmöglichen Förderort zu bekommen.“ Unterstützung von außen hätten sie dabei nicht erhalten. „Dazu musste man sich durchsetzen und eine starke Persönlichkeit sein.“ „Wir waren praktisch auf uns selbst gestellt.“
- Aber das Resultat habe sich gelohnt: „Wir sind mit der neuen Schule alle übergücklich!“
- Leni wechselte nach den Pfingstferien auf eine Förderschule für Erziehungshilfe, auf die Kinder mit Lernverzögerungen, ADHS etc. gehen. Sie ist zwar auf Waldorfpädagogik ausgerichtet jedoch auch sehr offen gegenüber anderen Inhalten und Methoden. Es handelt sich um eine sehr kleine Schule mit ca. 40 Schüler, die gerade erst im Aufbau begriffen ist. Es ist eine Privatschule, weshalb Schulkosten anfallen, die es den Eltern aber „Wert sind“. In einer Klasse befinden sich maximal 13 Schüler, was jedoch meistens nicht erfüllt ist: In Lenis Klasse, er geht in die vierte Klassenstufe, befinden sich insgesamt vier Schüler. Die Kooperation zwischen Lehren und Eltern sei sehr gut: „Die Lehrer sind sehr bestrebt mit den Eltern zusammen die Förderpläne zu erstellen und nach einem halben Jahr findet ein Gespräch statt, wie der Stand ist.“
- In der neuen Schule erhalte Leni nun „normalen Unterricht“. „Er wird adäquat gefördert und gefordert.“ Leni hat täglich bis 13.00 Schule. Jeden Tag findet Hauptunterricht, d. h. Mathematik, Deutsch und/ oder Sachkunde statt. Weitere Fächer sind Werken, Handarbeit, Englisch, Sport, Chor, Religion, Musik und Eurythmie.
- Ein Pfleger in Schömberg habe die Schule erwähnt, die Mutter war auf einem Infoabend und es kam zu einem Gespräch, bei dem Leni dabei war. Der Wechsel sei reibungslos verlaufen.
- Weshalb die Körperbehindertenschule den Schulwechsel zunächst nur auf Probe aussprechen wollte, kann die Mutter nicht nachvollziehen. Von der neuen Schule

hätten sie bisher „nur positives Feedback“ erhalten, Leni gehöre in bestimmten Bereichen sogar zu den Leistungsstärkeren.

## **8. Die Sicht der Eltern bezüglich Lenis schulischer Perspektive**

- Die Schule, die Leni momentan besucht, „geht bis zur 9. Klasse“.
- Allerdings „muss“ der Abschluss der 9. Klasse „nicht die Endstation“ sein.
- Ein „Endziel“ wäre ein „Hauptschulabschluss“, aber „ob man das erreicht und wie der Weg ist, steht in den Sternen“: „Es kommt noch so viel zurück.“ Die Eltern wollen „schauen, was das Beste für Leni ist!“

## **9. Lenis psychosoziale Situation**

- Die Kinder aus Lenis Grundschule schrieben im zwar während der Reha Briefe, „aber es war, wie das bei Kindern so ist: Aus den Augen aus dem Sinn.“
- „Wir haben Glück, dass wir eine richtig nette und hilfsbereite Nachbarschaft haben. Es gibt viele Kinder in der Nachbarschaft und Leni hatte sehr viel Glück mit seinen zwei Freunden aus der Nachbarschaft, die waren für ihn ein richtig gutes Netz, das auch nach dem Unfall gehalten hat und ihn aufgefangen hat.“ Auch nach dem Unfall spiele Leni noch häufig mit ihnen „auf der Straße“, was bei der Mutter am Anfang wegen der ‚Unfallerfahrung‘ „mit Ängsten verbunden war.“
- Wichtig sei für ihn auch das Spielen im örtlichen Fußballverein. „Dort sieht er seine Freunde, er darf mittrainieren, trotz seiner Hemiparese. Das gibt ihm viel. Klar, er kann nicht an großen Turnieren teilnehmen, wie früher.... Er hat aber trotzdem Erfolgserlebnisse.... Früher war er ein begnadeter Fußballspieler.“
- In der Zeit als er in die SfK eingegliedert wurde, habe er „seine Grundschule weniger vermisst, da er in einem Zustand war, wo er es gar nicht richtig realisiert hatte, was mit ihm passiert. Mit der Zeit kam es dann, dass er nur geweint hatte. Er guckte oft wehmütig, wenn wir an seiner alten Grundschule vorbeigefahren sind.“ Wenn er seine ehemaligen Mitschüler sah, „redete“ er „da nicht drüber.“ „Er hat viel mit sich selbst ausgemacht.“ Für die Eltern ist es „ein Phänomen“, wie Leni mit der Situation umgegangen ist bzw. umgeht: „Er ist sowieso eine so starke Persönlichkeit, er hat alles gut verkraftet, in der Klasse, er hat sich angepasst, er hat es angenommen, hat sich mit den Kindern dort auch angefreundet. Er ist

insgesamt ein so optimistisches, lebensfrohes Kind, ohne diese Eigenschaft hätte er all das gar nicht so gut überstanden.“

- Leni habe sich, v. a. in der letzten Zeit, wo bei seine Freunden im Fußballverein der Schulwechsel auf die weitere Schule ansteht, jedoch auch „Gedanken gemacht“: Manchmal hab er gefragt: „Mama, kann ich wieder auf die Grundschule gehen?“ „Wieso bin ich zwischen denen?“ „Mama, schaff ich’s auch mal aufs Gymnasium?“
- Jedoch ist Leni, auch nach eigenen Aussagen, in der neuen Schule nun übergücklich. „Freundschaftstechnisch“ laufe es auch „wesentlich besser als in der alten Schule“. Dort habe er sich zwar auch einmal mit einem Jungen getroffen, das sei aber „etwas anderes“ gewesen. In der neuen Schule habe er sich schon mit einem Jungen sehr gut angefreundet, der aus dem gleichen Dorf komme und mit dem er auch nachmittags spielen könne.
- Leni sei trotz seiner Aphasie und Hemiparese relativ selbstständig. Beispielsweise gehe er selbst zum Bäcker einkaufen, könne sich alleine Anziehen, etc.
- Wenn er Hilfe benötige, sei er in der Lage, adäquat Hilfe einzufordern.

## **Protokoll des Gesprächs mit Lenis Klassenlehrerin an der privaten Förderschule für Erziehungshilfe in P. am 10. Juli 2008**

Etwa 1,5 Monate nach dem Schulwechsel, d. h. zu einem Zeitpunkt, an dem schon erste Aussagen zu Lenis ‚neuer Beschulungssituation‘ möglich waren, führte ich ein Gespräch mit seiner Klassenlehrerin, das ich, wie auch die anderen beiden Gespräche vorstrukturiert hatte. Das Gespräch dauerte ca. 45 Minuten.

### **1. Schul-, Klassen- und Unterrichtssituation**

- Leni befindet sich im 4. Schuljahr und besucht eine Klasse, in die außer ihm noch drei weitere Kinder gehen.
- Die Schüler werden nach dem Lehrplan der Förderschule und der Waldorfschule unterrichtet. Da die Lehrpläne „sehr offen“ und „auf Praktisches bedacht“ sind, haben die Lehrer „eine große Freiheit zu schauen, was jeder einzelne Schüler braucht.“
- Jeden Tag findet zwei Stunden lang sog. ‚Klassenunterricht‘ statt, während dem die Schüler in Mathematik, Deutsch und Sachkunde unterrichtet werden. Weitere Fächer sind Handwerk, Historik, Musik, Religion, Englisch, Handarbeit und Eurythmie und Sport.
- Die häufigsten Sozialformen seien Stillarbeit bzw. Einzelarbeit, während der die Schüler meist Arbeitsblätter bearbeiten, Frontalunterricht und Gruppenarbeiten. Partnerarbeit sei mit den Schülern aktuell noch nicht möglich. Die Lehrerin bemühe sich ca. alle 15 Minuten einen Methodenwechsel durchzuführen und den Unterricht durch Gruppenspiele wie auch gemeinsames Aufsagen von Sprüchen aufzulockern.

### **2. Wie kommt Leni mit der neuen Unterrichtssituation zurecht? Wie ist sein Leistungsstand innerhalb der Klasse? (Auswirkungen der Aphasie und der Begleitsymptomatik auf Lenis schulisches Lernen)**

- Bei frontalen Unterrichtssituationen melde er sich viel und wolle mitmachen. „Was das selbstständige Arbeiten angehe“, benötige er viel Wiederholung: „Leni vergisst die Methoden ganz schnell wieder.“

- Leni sei häufig „sehr streng zu sich“ und „sehr sehr ehrgeizig“. Er müsse noch lernen, seinen eigenen Anspruch gegenüber sich selbst zu relativieren, denn er überfordere sich oft, wodurch die Gefahr einer Frustration bestehe.
- Insgesamt benötige Leni Zeit, Übung und viel Wiederholung
- In Mathematik mache die Klasse zur Zeit Bruchrechnen, wo Leni gut mitkomme, ebenso in Historik und Sachunterricht, Religion und Musik. „Eurythmie macht ihm keine Freude, aber er macht mit.“ Im Handwerken und in Handarbeit strenge er sich an, stehe aufgrund „seiner Schwäche im Arm“ gegenüber den anderen Schülern jedoch zurück. Er nutze hierbei zwar Hilfsmittel, jedoch sei er immer noch langsamer als die anderen. Da er mit den anderen mithalten möchte, fordere er, um genauso schnell wie diese fertig zu sein, häufig zu früh Hilfe ein. In Englisch sei er „schnell reingekommen“. „Wir machen viel mit Singen und Spielen, Leni hat keine Angst mitzusingen.“ Sprachlich zeige er beim Singen auch keine Auffälligkeiten.
- Lesen könne Leni „relativ gut“: „Er liest mit Betonung und sinnverstehend.“ Das sinnverstehende Lesen werde noch weiter mit Hilfe von Textfragen und Lückentexten geübt.
- Beim Schreiben „spricht er sehr leise und schwach“. Wörter könne Leni alphabetisch verschriften. Da sich die Klasse jedoch insgesamt schwer tue im selbstständigen Schreiben, werde „viel mit Abschreiben“ gearbeitet. Um selbstständiges Schreiben anzubahnen, mache sie häufig Wortdiktate, wobei die Wörter vorher eher geübt werden. „Den Schülern werden Ganzwörter beigebracht, damit sie es leichter haben zu lesen.“
- „Leni tut sich schwer mit seiner eigenen Kreativität“, z. B. könne er zu Bildgeschichten keine Sätze schreiben oder habe noch Schwächen beim freien Erzählen. Da seine Mitschüler hierin auch Schwierigkeiten haben, werde zur Zeit verstärkt die eigene Kreativität gefördert.
- Die Lehrerin kannte das Störungsbild der kindlichen Aphasie nicht. Auch war sie nicht informiert, dass Leni seit dem Unfall eine ‚Sprachstörung‘ hatte. Auf meinen ‚Einwand‘, dass die geschilderten Schwierigkeiten vermutlich eher von der Aphasie herrühren, antwortete sie: „Aphasie – ist das das mit dem Arm?“
- Nachdem ich sie kurz darüber aufgeklärt hatte, vielen ihr zahlreiche Situationen ein, in denen Leni ‚typische Schwierigkeiten‘ aufwies: Bei Bildbeschreibungen würden ihm häufig Wörter fehlen und er habe v. a. in einer großen Gruppe Schwierigkeiten zuzuhören bzw. dem zu folgen, was gesagt wird. Außerdem habe er

„Gedächtnisschwierigkeiten“: Es falle ihm schwer, sich zu erinnern, was vor fünf Minuten gesprochen wurde. Er erzähle gerne vom Wochenende, spreche dabei allerdings sehr leise, habe Schwierigkeiten spannend zu berichten und wiederhole sich häufig. Hin und wieder wiederhole er auch was andere gesagt haben. Seine Grammatik sei in Ordnung.

- Grammatik – und Rechtschreibregeln wurden noch nicht thematisiert.
- Während Leni Schwierigkeiten zeige sich beim innerhalb einer großen Gruppe zu konzentrieren, sei seine Konzentration bei Einzelarbeitsaufgaben, die „eher nichtsprachlich“ sind, z. B. bei der Aufgabe, den Lauf der Sonne zu malen, „voll da“.
- Da die anderen Schüler ebenfalls Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsstörungen haben, wirke sich seine Störung nicht derart gravierend aus, wie sie es in der Regelschule tun würde.
- Ein Förderschwerpunkt, der jedoch alle Kinder der Klasse betrifft, läge aktuell noch darin, Voraussetzungen zum Lernen zu schaffen. Ziel sei es den Kindern „eine gute Methodenkompetenz“ zu vermitteln.

### **3. Einschätzung von Lenis psychosozialer Situation**

- An seinem ersten Tag habe Leni geweint, sei jedoch bereits ab dem zweiten Tag „fröhlich und gut gelaunt“ in die Klasse gekommen.
- „Die Kinder in der Klasse sind sehr sozial, sie haben ihn gut aufgenommen. Die Kinder wirken alle relativ fit, sie toben, laufen, machen ihre Witze.... Es gibt noch einen Jungen, der ‚rechts eine Schwäche‘ hat. Enger hat sich Leni mit einem Jungen angefreundet, der wohnt in seinem Ort und mit dem trifft er sich.“ Der Junge sei „größer und stärker“; „Leni hat immer noch Angst sich zu verletzen.“
- „Er hat sich gut eingelebt, er fühlt sich wohl und sagt, dass er bleiben möchte.“
- Anfangs sei es für Leni ein Problem gewesen seine Schwächen zu zeigen. Er habe „zum Ausgleich“ oft andere „gehänselt“, was jedoch „unterbunden“ werde und aktuell kaum noch ein Problem darstelle.



#### **4. Beurteilung der Beschulungssituation von Leni: Stellt die Schule für Leni einen adäquaten Förderort dar?**

- „Die Schule sagt ‚Ja‘. Sie findet ihn am richtigem Ort.“
- Es sei bereits ein entsprechendes Schreiben ans Schulamt geschickt worden. Das Schulamt müsse es nur noch genehmigen.

#### **5. Einschätzung von Lenis schulischer Perspektive**

- Über Lenis schulische Perspektive (v. a. ob er den Hauptschulabschluss schaffen könne) etwas zu sagen, sei momentan noch sehr schwer.
- „Am Anfang habe ich ihn überschätzt: Er braucht häufige Wiederholungen, dass es sitzt und dass er alleine mit seiner Arbeit umgeht.“
- Leni habe aber „super Voraussetzungen“ („Ehrgeiz“, „gute Arbeitshaltung“, „Arbeitsbereitschaft“, „ein tolles Elternhaus“: „Er ist zwar manchmal frech, kann sich aber auch gut davon abgrenzen, er hat in seinem Umfeld gute Vorbilder“)
- Er mache insgesamt große Fortschritte, wenn es so weiter geht, könne er seinen Hauptschulabschluss schaffen. Es sei jedoch noch „ein weiter Weg“.